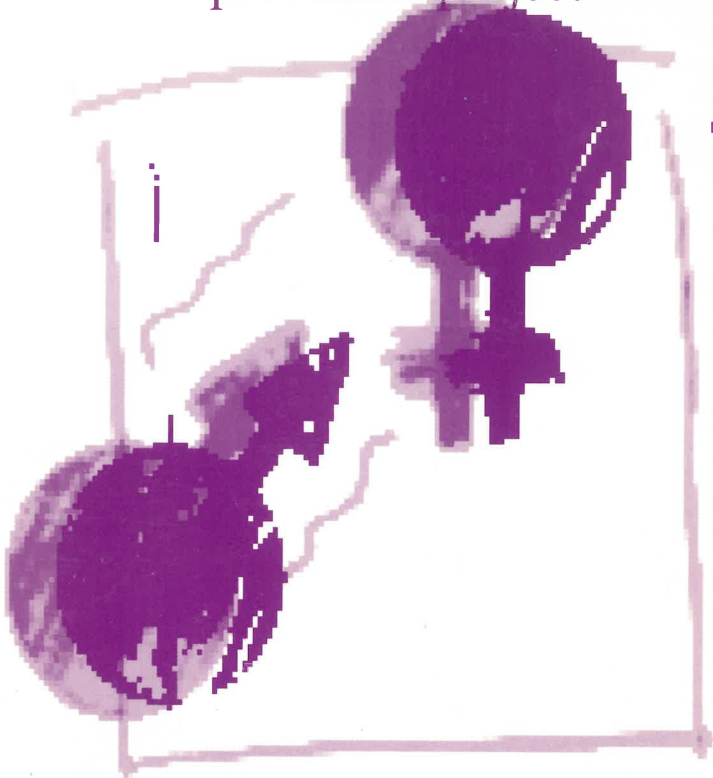
DRUGSGEBRUIKERS EN AIDS

AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project



Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen

Promotor: Prof. Dr. J. Casselman
Onderzoeker: R. Kinable
Kernleden stuurgroep: Dr. S. Todts & P. Van Deun

Brussel, Leuven, Antwerpen
V.A.D., K.U.L., Free Clinic
1994

Ontwerp kaft:
Carla Cox

DRUGSGEBRUIKERS EN AIDS

AIDS-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers en evaluatie van een preventief project

Onderzoeksproject in het kader van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen

Promotor: Prof. Dr. J. Casselman
Onderzoeker: R. Kinable
Kernleden stuurgroep: Dr. S. Todts & P. Van Deun

Brussel, Leuven, Antwerpen
V.A.D., K.U.L., Free Clinic
1994

VOORWOORD

Vooraf een woord van dank aan allen dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt. In de eerste plaats zijn dit de betrokkenen van het samenwerkingsakkoord tussen het NFWO, de staat en de gemeenschappen. Verder wordt erkentelijkheid verleend aan alle organisaties en instellingen die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend, m.n. de research-afdeling van het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus in Bierbeek, de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Free Clinic en alle ontwenningsinstellingen die hebben deelgenomen. Tenslotte, en niet in het minst, verdienen alle drugsgebruikers dank voor het vertrouwen dat ze hebben geschonken aan dit onderzoek, en alle anderen die hun steun hebben betuigd en die te talrijk zijn om hier te worden vermeld.

INHOUDSTAFEL

INLEIDING

1. SITUERING VAN HET ONDERZOEKSPROJECT

Injecterende drugsgebruikers vormen in onze maatschappij een subpopulatie waarvan de leden vaak uitermate hoog risicogedrag vertonen met betrekking tot HIV-besmetting. Zij vertonen frequent zowel riskant seksueel gedrag als riskant spuitgedrag.

In Europa vormt drugs injecteren de meest voorkomende wijze van overdracht bij individuen die recent werden geïnfecteerd met het HIV. Ook in België stijgt het aandeel van injecterende drugsgebruikers onder de seropositieven. Op dit moment is ongeveer 8.5 % van de HIV-geïnfecteerden in ons land geregistreerd als een injecterende drugsgebruiker. Wanneer men kijkt naar de situatie in die Westerse landen waar de epidemie veel eerder uitbrak, kan men zich verwachten aan een sterke toename indien er niet snel en efficiënt preventief wordt ingegrepen. De beschikbare gegevens over de HIV-seroprevalentie bij drugsgebruikers in België zijn nog steeds niet alarmerend. Zij wijzen erop dat hier (nog) geen epidemisch verloop bestaat, wat betekent dat preventiemaatregelen thans nog maximale kansen krijgen.

Over de groep van drugsgebruikers zijn in Vlaanderen tot nog toe weinig gedetailleerde of nauwkeurige gegevens beschikbaar, daar de illegaliteit van het drugsgebruik en de marginale levenswijze een serieuze barrière vormen om drugsgebruikers als individu of als groep te bereiken. Zelfs over het aantal en de kenmerken van de illegale drugsgebruikers beschikken we over weinig gegevens. Naast informatie over de aantallen en omvang van de drugsproblematiek, is er minstens evenveel behoefte aan meer inzichten in de complexe belevingswereld van de drugsgebruiker, waarin eigen individuele en (sub)culturele normen, waarden en attitudes een rol spelen.

Preventie-initiatieven die gericht zijn op illegale injecterende drugsgebruikers moeten rekening houden met het feit dat drugsgebruikers een marginale groep vormen, en dat diegenen die in contact komen met de ambulante of residentiële drughulpverlening slechts een gedeelte uitmaken van het totale aantal. Dit heeft repercussies voor de

strategie die men wil hanteren. Het betekent dat meer traditionele interventies (via de media, de huisartsen, enz.) slechts een beperkt resultaat bereiken. Hoewel de institutionele hulpverlening één van de weinige contactpunten vormt tussen de preventieve gezondheidszorg en het milieu van de drugsgebruiker, kan men via dit kanaal eveneens slechts een selecte deelgroep van de drugsgebruikers bereiken, die bovendien helemaal niet representatief is voor de totale populatie van drugsgebruikers. Bijgevolg zijn er aanvullende preventie-initiatieven nodig die ook aandacht schenken aan de drugsgebruikers die niet bereikt worden met de gangbare hulpverlening.

2. VOORSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Dit onderzoeksproject heeft een tweeledige doelstelling:

- een eerste doelstelling is het verzamelen van nauwkeuriger informatie omtrent de prevalentie van HIV-infectie bij de residentiële populatie van de drugshulpverlening in Vlaanderen;
- de tweede doelstelling betreft het verwerven van meer inzicht in het risicogedrag in verband met drugsgebruik en seksuele gedragingen, met een hierop aansluitende specifieke preventiestrategie, en evaluatie van de impact en het effect van deze preventieve actie.

2.1. REGELMATIGE PREVALENTIESTUDIE VAN DE SEROPOSITIVITEIT BIJ DRUGSGEBRUIKERS

De prevalentiestudie situeert zich in het verlengde van een initiatief dat reeds langer bestond, namelijk een halfjaarlijkse enquêtering van de gespecialiseerde instellingen voor hulpverlening aan drugsgebruikers naar het aantal al dan niet seropositieve drugsgebruikers waarmee zij in contact komen. Dit onderzoek, dat voordien op initiatief van de VAD-werkgroep 'Illegale Drugs' en met betoelaging door de Vlaamse Gemeenschapsminister van Volksgezondheid gebeurde, bestaat uit een schriftelijke bevraging, die verzonden wordt naar een honderdtal instellingen. Nagegaan wordt hoeveel injecterende drugsgebruikers, andere drugsgebruikers en andere cliënten gedurende de voorbije referentieperiode van zes maanden met de dienst in contact zijn geweest (dossier geopend of heropend), hoeveel daarvan op HIV-serostatus werden onderzocht en hoeveel daarvan

eventueel seropositief zijn bevonden. Voor elke als seropositief geïdentificeerde drugsgebruiker worden enkele sociodemografische kenmerken (geslacht, nationaliteit, regio, ...) en gegevens over de mogelijke besmettingsroute bevraagd. De enquête was na een aanvankelijke proefperiode tot viermaal toe identiek uitgevoerd. Dit kaderde in een specifiek project, dat goedgekeurd was binnen de Wetenschappelijke Stuurgroep van IPAC en werd betoelaagd door de Minister van Volksgezondheid en van Brusselse Aangelegenheden binnen de Vlaamse Gemeenschap. Dit project liep volgens de planning en goedkeuring echter slechts tot eind 1990, zodat de verderzetting van de halfjaarlijkse enquêtering niet meer kon worden verzekerd. Om een zekere continuïteit van deze bevraging te kunnen blijven waarborgen werd deze opdracht opgenomen in de doelstellingen van dit project, met de hoop om intussen een oplossing voor een permanente registratie te vinden. Daar de prevalentiestudie vanaf januari 1993 ook stond ingeschreven binnen het COOL-project 'HIV-preventie bij injecterende druggebruikers', dat wordt betoelaagd door de Vlaamse Minister van Arbeid en Tewerkstelling en Sociale Aangelegenheden Detiège, werd het onderzoek uitgevoerd door Christel Grieten in een samenwerkingsverband tussen de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (V.A.D.) en de vzw Maatschappelijk-Geneeskundig Research (MGR) te Antwerpen. Hiervan is reeds een rapport beschikbaar voor de periode 1988-1993, waarvan een samenvatting werd opgenomen in dit document.
Om al deze redenen werd besloten om in het onderzoek alle gewicht op het actie-onderzoek te leggen.

2.2. ACTIE-ONDERZOEK NAAR RISICOGEDRAG, PREVENTIEPROJECT EN EVALUATIE

Uit een voorgaand, verkennend onderzoek is de nood gebleken aan meer kennis omtrent de leef- en gedragspatronen en attitudes van drugsgebruikers. In 1990 voerde S. Todts een pilootonderzoek uit naar het risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers. Deze studie was een voorbereiding op een onderzoek van een EEG-werkgroep rond het risicogedrag van injecterende drugsgebruikers in 12 landen. Maar er zijn ons in Vlaanderen verder geen onderzoeken bekend die vanuit de kennis van de psychologische drempels voor veilig spuit- en seksueel gedrag bij drugsgebruikers adviezen voor preventie geven die toepasbaar zijn in een hulpverleningsomgeving. Buiten het justitiële kader komen deze

organisaties met de meeste drugsgebruikers in contact. Omdat preventieve acties in een residentiële setting een intensiever karakter kunnen bezitten dan kortstondige preventieve acties op ruimere schaal, was er een dringende behoefte aan preventieve methoden die in deze drugshulpverleningsinstellingen kunnen worden toegepast. Daarnaast vonden we het eveneens belangrijk om aandacht te schenken aan de grootste groep van drugsgebruikers, diegenen die niet in contact komen met de drugshulpverlening, daar deze groep vaak nog meer risicogedrag vertoont.

Vanuit deze overwegingen werd een dubbel actie-onderzoek opgezet, gericht naar twee verschillende doelgroepen: een residentiële groep (injecterende drugsgebruikers die op het moment van het onderzoek een residentieel ontwenningsprogramma volgen), en een straatgroep (injecterende drugsgebruikers die op het moment van het onderzoek niet in contact komen met de drugshulpverlening).

Als aanloop op het actie-onderzoek werd in een grondige literatuurstudie nagegaan welke soorten van risicogedragingen injecterende drugsgebruikers in andere landen vertonen, en welke strategieën men hanteert om dit gedrag positief te beïnvloeden. Vervolgens werd in beide onderzoeksgroepen gegevens verzameld over HIV-risicogedrag van de leden. Op basis van al deze informatie werd een preventief actieplan voor beide populaties ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd.

Concreet werd in een eerste fase van alle subjecten een voormeting afgenomen. Vervolgens namen zij deel aan een preventief programma. Tenslotte, na zes maanden, werd door middel van een nameting nagegaan of er een verandering van het risicogedrag is opgetreden.

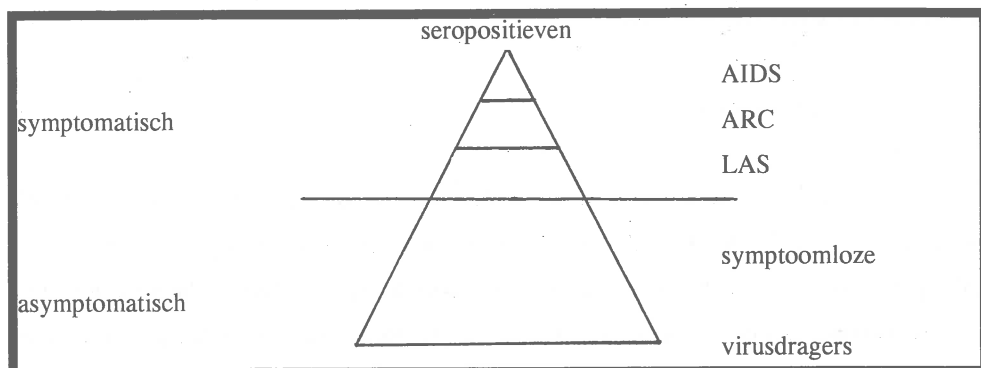
I. LITERATUURONDERZOEK

1. AIDS EN RISICOGEDRAG

Aids, de ziekte waarvan men aanvankelijk dacht dat ze slechts bepaalde bevolkingsgroepen trof, blijkt zich de laatste jaren meer en meer te ontwikkelen tot een bedreiging voor de gezondheid van de hele wereldbevolking. Tijdens de beginperiode van de ontwikkeling van de Aidsepidemie voelde de bevolking zich betrekkelijk veilig, daar de ziekte voornamelijk slachtoffers maakte bij gestigmatiseerde groepen zoals homo- en biseksuelen, injecterende drugsgebruikers en Afrikanen. Een uitzondering hierop vormden de hemofiliepatiënten, die via een besmette bloedtransfusie getroffen werden, en pasgeborenen van geïnfecteerde moeders. Dit bracht voor velen een vals gevoel van veiligheid teweeg. Geleidelijk aan begon echter duidelijk te worden dat er zich ook een sterke toename van HIV-besmetting begon voor te doen onder de 'gewone' bevolking.

Seropositief zijn betekent echter niet noodzakelijk dat men Aids heeft of Aids zal krijgen. Of, en wanneer zich de aandoening zal manifesteren, is voor elk individu verschillend. Gemiddeld is er ongeveer een periode van acht jaar gedurende dewelke men nog geen symptomen vertoont maar wel in mindere of meerdere mate besmettelijk is (WHO, 1989). Voor kinderen is dit twee jaar (Medley, Anderson & Cox, 1987). Recente vooruitgang in retrovirale chemotherapie, in het bijzonder de behandeling met Zidovudine, heeft deze latentieperiode doen toenemen (Karon & Dondero, 1990) en verbeterde de kwaliteit van de overlevingstijd voor behandelde individuen (Piette, Mor & Fleishman, 1991). Deze verlengde latentieperiode compliceert de schatting van de incidentie en prevalentie van de ziekte bij de bevolking en de beoordeling van factoren die de virustransmissie bevorderen (Larrat & Zierler, 1993).

Het aantal geregistreerde Aidspatiënten is slechts het topje van de ijsberg. Beckeringh *et al.* (1986) verklaren dit zeer duidelijk met onderstaande pyramide (figuur 1). De meerderheid van de mensen die geïnfecteerd zijn met het HI-virus bestaat uit symptoomloze virusdragers. Een klein aantal geïnfecteerden vertoont lichte klachten, maar bezit verder een normale afweer. Deze mensen vertonen het Lymfadenopathie Syndroom



Figuur 1: Het schema van Beckeringh (1986)

(LAS). Een nog beperktere groep wordt gehinderd door een gestoorde afweer en heeft serieuze klachten; ze lijden aan het Aids Related Complex (ARC). Een zeer kleine minderheid tenslotte is Aidspatiënt. De personen die lijden aan AIDS, ARC of LAS noemt men symptomatische seropositieven, de anderen asymptomatische seropositieven.

Daar effectieve ziektesymptomen pas jaren na de besmetting met het HIV doorbreken, is de kans aanzienlijk groot dat heel wat geïnfecteerde individuen - zonder het zich evenwel te realiseren - het virus zullen doorgeven aan anderen.

Zoals bij elke bedreiging van de volksgezondheid is preventief ingrijpen van prioritair belang. Hoewel men reeds jaren op zoek is naar een vaccin en/of doeltreffende medicatie tegen het HI-virus, wijst niets erop dat men iets dergelijks in de zeer nabije toekomst zal vinden. Zolang men nog geen medische oplossing gevonden heeft, is het *des te* belangrijker dat de inspanningen op het vlak van de Aidspreventie onverminderd voortgezet worden. We willen hier beklemtonen dat in de gezondheidszorg steeds de nadruk moet liggen op *preventie* van ziektebeelden. Dit geldt uiteraard nog meer wanneer de aandoening ongeneeslijk is.

De uitbreiding van het Aidsvirus naar de hele populatie toe heeft onder andere ook te maken met de evolutie, de verschuiving in de wijze waarop het HIV overgedragen wordt. Dit heeft uiteraard belangrijke implicaties naar het preventiewerk toe. Om

succesvol aan preventie te doen, is het nodig de dynamiek van de epidemie te begrijpen. Of, zoals Wiebel (1989) het in Rétrovirus verwoordt :

"... nous serons toujours obligés de rattraper le retard au lieu de devancer l'épidemie" (p. 69).

Het is dus noodzakelijk om een flexibele preventiestrategie te ontwikkelen, die onmiddellijk aangepast kan worden aan de noden van het ogenblik (Hartnoll, 1990; Stimson & Power, 1992). Een probleem hierbij is dat resultaten van de interventies die *nu* ondernomen worden niet onmiddellijk te observeren zijn. Pas over tien jaar zal men enig idee hebben over de invloed van het geheel aan preventieve acties. Daar mensen aan verscheidene invloedsfactoren tegelijk blootgesteld worden, is het zo goed als onmogelijk om de resultaten van afzonderlijke interventies te evalueren. Bovendien evolueert de epidemie voortdurend. Om de doeltreffendheid van dergelijke interventietechnieken te meten is effect-evaluatie onmogelijk, zodat men bijgevolg andere criteria moet hanteren: is het programma volgens plan uitgevoerd ? Bereikt het de doelgroep waarvoor het opgericht werd ? Werden groepen die een verhoogd risicogedrag vertonen ertoe aangezet dit gedrag te veranderen ? (Donoghoe, 1991).

Speciale aandacht moet besteed worden aan risicogroepen, zekere bevolkingsgroepen die een verhoogde kans lopen op besmetting met het HIV ten gevolge van de riskante gedragingen die ze stellen. In het kader van Aidspreventie is het uitermate belangrijk om te spreken over risico*gedrag* in plaats van risicogroepen. Aids houdt verband met een bepaald soort gedrag. Indien men nalaat dit te benadrukken, kan de preventieboodschap haar doel wel eens missen (Moore & Rosenthal, 1992). Preventiewerk naar deze groepen toe - en in het bijzonder de groep van injecterende drugsgebruikers - is niet zo vanzelfsprekend vanwege het feit dat ze een eigen subcultuur bezitten waardoor ze moeilijker te bereiken zijn via de gangbare communicatiekanalen (Des Jarlais *et al.*, 1985; Chaisson *et al.*, 1987; Dusserre, 1991). De heterogeniteit, de illegale aard van hun activiteiten en hun preoccupatie met het vinden van drugs, maakt het moeilijk om hen te contacteren (WHO, 1989).

Wat betreft het fundamentele onderzoek rond Aidspreventie bij drugsgebruikers is er in Vlaanderen tot nog toe relatief weinig ondernomen. De laatste jaren begint men van overheidswege de noodzaak hiervan in te zien en worden hiervoor fondsen vrijgemaakt. Dit onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan de zoektocht naar doeltreffende Aidspreventiemethoden voor deze doelgroep, namelijk het wil preventiestrategieën ontwikkelen, die op maat gesneden zijn van de illegale drugsgebruikers en hun efficiëntie evalueren.

Ofschoon dit aspect niet tot de opzet van deze studie behoort, mag men niet uit het oog verliezen dat algemene preventiestrategieën evenzeer nodig zijn. Beide invalshoeken zijn even noodzakelijk. De gehele populatie moet zich ervan bewust worden dat de kans op een HIV-besmetting niet enkel bij deze risicogroepen gelegen is, maar ook bij alle wisselende heteroseksuele contacten voor iedereen. Dit is van essentieel belang, en wel om twee redenen. De eerste reden is louter preventief. Het zal er hopelijk toe leiden dat mensen hun gedrag zullen aanpassen, wat in deze context veiliger vrijen betekent. Bovendien heeft deze bewustwording ook een ethische dimensie, namelijk het zou de verdere stigmatisatie van toch al gemarginaliseerde groepen kunnen helpen tegengaan.

2. EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS [1] [2]

In de geïndustrialiseerde wereld is injecterend drugsgebruik een belangrijke weg van HIV-transmissie.
In Europa is het absolute en relatieve aantal injecterende drugsgebruikers onder de Aids-gevallen in de loop van de jaren '80 spectaculair gestegen. Sinds 1990 bedraagt het meer dan 40%. De subepidemie is het verst gevorderd in Zuid-Europese landen, m.n. Italië en Spanje, waar ongeveer 66% van de Aids-gevallen injecterende drugsgebruikers zijn. Net als in de Verenigde Staten concentreren gevallen van HIV en Aids bij injecterende drugsgebruikers zich in Europa vooral in de grote steden.

In België gebeurt de officiële registratie van alle seropositieven en Aids-patiënten door het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie (IHE). Volgens de gegevens t/m 1992 zijn in totaal 333 of 8% van de geregistreerde HIV-geïnfecteerden in België injecterende drugsgebruikers, waarvan de meesten in Brussel en Wallonië verblijven. In Vlaanderen lijkt het probleem nog niet zo groot: er werden 34 seropositieve injecterende drugsgebruikers geregistreerd, d.i. minder dan 10% van het totaal aantal seropositieve injecterende drugsgebruikers in België (34/333) en 3% (34/1152) van het totaal aantal Vlaamse seropositieven.

De omgekeerde benadering gaat, vanuit de groep drugsgebruikers, na hoeveel seropositieven deze bevat. Vanaf 1988 is door de VAD een systematisch onderzoek in deze zin opgezet, in de vorm van een halfjaarlijkse enquête bij categoriale en niet-categoriale instellingen. Deze enquête stelt het aantal seropositieven vast onder de cliënten wiens dossier gedurende de voorbije 6 maanden geopend of heropend is.

---

[1] Deze paragraaf is opgesteld door Christel Grieten.

[2] Over dit deelonderzoek is een ruimer rapport beschikbaar: C. Grieten - S. Todts, HIV-seropositiviteit en injekterend druggebruik. Resultaten van een zesmaandelijkse enquête in de drughulpverlening in Vlaanderen, 1988-1993, VAD, Brussel - MGR, Antwerpen, 1994. Het kan besteld worden bij VAD.

In onderstaande tabel (tabel 1) worden de belangrijkste resultaten van dit onderzoek samengevat.

De gegevens zijn opgesplitst tussen injecterende en niet-injecterende drugsgebruikers (IDG - NIDG).

Binnen elke categorie worden volgende gegevens vermeld:

- TOT: totaal aantal cliënten van de instellingen

Tabel 1: Evolutie van het aandeel van injecterende en niet-injecterende drugsgebruikers die werden gescreend en seropositief bevonden

	IDG			NIDG		
	% SCR	sero+	% sero+	% SCR	sero+	% sero+
voor 1/1/88		4				
1988/1	67	0	0	64	0	0
1988/2	73	5	2	29	0	0
1989/1	76	3	2	65	0	0
1989/2	74	5	2	41	0	0
1990/1	66	2	1	40	0	0
1990/2	63	9	4	36	1	0,5
1991/1	77	6	2	49	1	0,5
1991/2	64	7	2	49	1	0,5
1992/1	59	7	3	39	0	0
1992/2	60	9	3	27	0	0
1993/1	62	4	1	29	0	0
zonder jaar *		12			2	
totaal		73			5	

* zonder jaar: gemelde seropositieven waarvan niet vermeld is in welk jaar ze werden gescreend en seropositief bevonden

- SCR: totaal aantal personen dat werd gescreend op HIV
- % SCR: percentage SCR t.o.v. TOT
- SERO+: totaal aantal seropositieven
- % SERO+: percentage SERO+ t.o.v. SCR

Voor alle types van instellingen blijkt dat meer gescreend is bij injecterende drugsgebruikers dan bij cliënten met een andere vorm van illegaal drugsgebruik.

Aangezien de enquête in de eerste plaats vroeg naar het aantal nieuwe seropositieven die in de eigen instelling gescreend werden, kunnen op basis van de gegevens vooral uitspraken gedaan worden over de incidentie. Die blijkt van semester tot semester sterk te schommelen maar is over het algemeen laag.

Verschillende instellingen gaven bovendien spontaan informatie over seropositieve cliënten, die op een niet nader bepaald tijdstip door andere instellingen gescreend werden (categorie "zonder jaar"). Als deze gevallen bij de vorige bijgeteld worden, kan men een idee krijgen van de prevalentie. Ook die is vrij laag. Dit cijfer moet wel met enige omzichtigheid geïnterpreteerd worden, omdat deze bijkomende gevallen van seropositiviteit niet systematisch opgevraagd werden; bovendien zitten hier mogelijke dubbeltellingen.

Volgens de gegevens van deze enquête is de proportie seropositieven groter bij injecterende drugsgebruikers dan bij niet-injecterende drugsgebruikers. Dit verschil kan beschouwd worden als een maatstaf voor het extra risico dat specifiek verbonden is met injecteren, nl. besmetting door geïnfecteerd :materiaal.

In totaal werden er van 1988 t/m 1993, 73 seropositieve injecterende drugsgebruikers gemeld. Aangezien de seropositieven niet geïdentificeerd zijn en er dus geen controle mogelijk is op dubbeltellingen, is dit aantal wellicht een overschatting. M.n. onder de seropositieven waarvan niet geweten is in welk jaar ze gescreend werden, bevinden zich waarschijnlijk verschillende gevallen die ook al in eerdere jaren gemeld zijn. Bovendien zijn in ons onderzoek ook Vlaamse instellingen in het Brusselse betrokken en vermoedelijk dus ook Brusselse Vlaamse cliënten meegeteld. Aangezien de

seroprevalentie bij IDG in Brussel veel hoger ligt dan in Vlaanderen, kunnen hierdoor gemakkelijk vertekeningen optreden.

Voor 61 van deze 73 gemelde seropositieven is informatie beschikbaar over geslacht en nationaliteit (afkomst): 29% vrouwen en 71% mannen; 56% Belgen en 44% buitenlanders.

Het is niet altijd duidelijk in hoeverre de HIV-besmetting te wijten is aan het injecterend drugsgebruik. Verschillende van de gemelde seropositieven vertonen immers een bijkomend risicogedrag bovenop het injecterend drugsgebruik.
Bij de mannen vertoont iets meer dan de helft bijkomend risicogedrag; de belangrijkste factor is homoseksueel contact (waaronder 2 x homoprostitutie). Bovendien werd voor 4 mannen als risicogedrag vermeld: langdurig verblijf in Spanje.
Bij de vrouwen vertoont de overgrote meerderheid bijkomend risicogedrag; de helft van de seropositieve vrouwen is prostituée.

Voor de jaren 1992 en 1993, waarop de onderzoeksperiode van dit project betrekking heeft, werden volgende resultaten bekomen (tabel 2 t.e.m. 4).

De aangeschreven instellingen werden opgedeeld in volgende categorieën:
- PAAZ = psychiatrische afdeling van algemeen ziekenhuis
- PZ = psychiatrisch ziekenhuis
- TG = therapeutische gemeenschap
- CC = crisisopvangcentrum
- ABC = ambulant begeleidingscentrum

Er werden in deze periode 20 nieuwe seropositieve injecterende drugsgebruikers en geen enkele seropositieve niet-injecterende drugsgebruiker gemeld.
Over 3 personen werd geen bijkomende informatie gegeven. Van de 17 overige waren er 9 van niet-Belgische afkomst; er waren 16 mannen, waarvan er 3 als bijkomend risicogedrag homoseksuele contacten hadden, en 6 vrouwen, waarvan 2 prostituées.

Daarnaast werden er spontaan 2 cliënten gemeld (niet in de tabellen opgenomen) die seropositief bevonden waren door een andere instelling of in een eerdere periode.

Tabel 2: Resultaten van de enquête 1992/1

	IDG					NIDG				
	TOT	SCR	%	SERO+	%	TOT	SCR	%	SERO+	%
PZ	27	23	85	1	4	180	112	62	0	0
PAAZ	40	32	80	0	0	136	57	42	0	0
TG	75	75	100	0	0	49	41	84	0	0
CC	161	83	51	2	2	116	41	35	0	0
ABC	98	40	41	4	10	202	15	7	0	0
TOT	401	253	59	7	3	683	266	39	0	0

Tabel 3: Resultaten van de enquête 1992/2

	IDG					NIDG				
	TOT	SCR	%	SERO+	%	TOT	SCR	%	SERO+	%
PZ	45	36	80	1	3	188	84	45	0	0
PAAZ	75	65	87	1	1	99	44	44	0	0
TG	51	48	94	0	0	38	24	63	0	0
CC	156	76	49	4	5	114	37	32	0	0
ABC	122	45	37	3	7	321	17	5	0	0
TOT	449	270	60	9	3	760	206	27	0	0

Tabel 4: Resultaten van de enquête 1993/3

	IDG					NIDG				
	TOT	SCR	%	SERO+	%	TOT	SCR	%	SERO+	%
PZ	41	33	80	1	3	158	93	59	0	0
PAAZ	67	59	88	1	2	113	48	42	0	0
TG	66	64	97	0	0	29	13	45	0	0
CC	152	72	47	0	0	115	36	31	0	0
ABC	116	46	40	2	4	352	32	9	0	0
TOT	442	274	62	4	1	767	222	29	0	0

Volgende factoren kunnen deze lage HIV-seroprevalentie gedeeltelijk verklaren. Ten eerste zit Vlaanderen nog in een introductiefase. HIV is aanwezig in een beperkte groep injecterende drugsgebruikers, die blijkbaar niet in contact zijn met andere groepen.

Deze introductiefase startte vrij laat, op een ogenblik waarop de transmissiewegen, de opsporingsmogelijkheid en de mogelijke preventiewijzen al goed bekend waren. Seropositieven konden onmiddellijk intensief begeleid worden, wat resulteerde in een sterke gedragsverandering: hun risicogedrag is dan ook veel lager dan dat van gemiddelde injecterende drugsgebruikers.
De relatief hoge beschikbaarheid van steriel injectiemateriaal, dat zonder doktersvoorschrift verkrijgbaar is bij apothekers, gekoppeld aan een tolerante houding van apothekers, m.n. in Antwerpen en Brussel, heeft ook bijgedragen aan de beperking van de verspreiding.

Deze vaststellingen hebben belangrijke implicaties naar het beleid toe.
De (nog) geringe verspreiding van HIV-besmetting bij injecterende drugsgebruikers, laat de kans op succesvolle preventie maximaal. Nu al vormen injecterende drugsgebruikers een prominente doelgroep voor HIV-preventie die aansluit bij hun noden en attitudes.
In de nabije en verdere toekomst zal dit onderzoek regelmatig herhaald moeten worden, om de evolutie van de HIV-besmetting systematisch te volgen.

3. RISICOGEDRAG BIJ DRUGSGEBRUIKERS

3.1. RISKANT DRUGSGEBRUIK

Drugsgebruik is zowel direct als indirect geassocieerd met de Aidsepidemie. Rechtstreeks, omdat het delen van injectiebenodigdheden een belangrijke transmissieroute is voor het HI-virus. Onrechtstreeks, omdat het de verschijning van Aidssymptomen versnelt door de immunorepressieve effecten van bepaalde drugs (Wiebel, 1988). Meer bepaald tonen recente bevindingen aan dat cocaïne een direct immunorepressief effect bezit (Weiss, 1989; Chaisson *et al.*, 1989; Friedman *et al.*, 1989; Anthony *et al.*, 1991), en dat cocaïne de HIV-transmissie en -infectie bij drugsgebruikers kan verergeren (Lai *et al.*, 1990). Andere onderzoekers constateerden een onderdrukking van het immuunsysteem bij het gebruik van opiaten zoals heroïne (Donahoe *et al.*, 1987) en morfine (Donahoe *et al.*, 1988). Men moet hier wel opmerken dat het zeer moeilijk is om het zuivere effect van het gebruik van een bepaalde drug op het immuunsysteem te achterhalen, daar de levensstijl die meestal gepaard gaat met intensief drugsgebruik een zware belasting betekent voor het immuunsysteem. De vermelde onderzoekers hebben gepoogd om deze factor onder controle te houden door injecterende en niet-injecterende opiaatverslaafden te vergelijken. Tenslotte wordt algemeen aangenomen dat onder invloed van de intoxicatie van drugs het vermogen daalt om risicoreducerende maatregelen te treffen (Ginsburg, 1984; Cohen, 1985).

In Europa vormt drugs injecteren de meest voorkomende wijze van overdracht bij recente HIV-geïnfecteerden (WHO, 1991). De oorzaak van HIV-besmetting bij de meerderheid van de vrouwen en de pediatrische Aidsgevallen kan teruggebracht worden tot injecterend drugsgebruik (Campbell, 1990). De rol die injecterende drugsgebruikers spelen in de verspreiding van het HI-virus is veel meer bedreigend voor de bevolking dan het drugsgebruik *in se* (Stimson & Power, 1992; Berridge, 1993), zodat heel wat centra die zich tot nu toe vooral bezighielden met de begeleiding van ontwennende drugsgebruikers zich nu genoodzaakt voelen om prioritair aandacht te gaan schenken aan Aidspreventie. Daarnaast gebeurt er de laatste jaren in de meeste landen van West-Europa en de Verenigde Staten meer en meer onderzoek naar (de beïnvloeding van) HIV-risicogedrag

bij drugsgebruikers die het moeilijkst te bereiken zijn. In deze projecten tracht men de drugsgebruikers te benaderen in hun eigen milieu, en hen vaak ook actief te betrekken in de preventieve activiteiten.

3.1.1. PROBLEEMSTELLING

Sinds 1968 reeds, toen Howard & Borges (1972) een onderzoek bij injecterende drugsgebruikers deden naar aanleiding van een hepatitis-B-epidemie, weet men van het bestaan af van 'needle sharing' of het delen van injectienaalden bij drugsgebruikers.

Intraveneuze injectie is de meest efficiënte wijze om het HI-virus over te dragen, omdat het voorbijgaat aan de verdedigingsmechanismen die het lichaam beschermen tegen infecties (Francis & Chin, 1987). Dit maakt dat het delen van besmette naalden, spuiten en ander injectiemateriaal, naast een transfusie met besmet bloed, zowat het gevaarlijkste is dat men kan doen wat betreft HIV-besmetting (Watters, 1989). Hoewel seksuele overdracht van het HIV bij injecterende drugsgebruikers voorkomt, is dit toch een meer algemeen geldende wijze van infectie. Het voornaamste en voor deze populatie zeer specifieke gedragsmechanisme dat leidt tot HIV-transmissie is de gewoonte van besmette injectiebenodigdheden gemeenschappelijk te gebruiken (Des Jarlais *et al.*, 1987; Chaisson *et al.*, 1987; Robertson *et al.*, 1986; Vanichseni *et al.*, 1990). Onderzoek heeft aangetoond dat het HI-virus tot *dertig dagen* kan worden teruggevonden in spuiten waarin zich zelfs geen zichtbare restanten van bloed bevinden (Chitwood *et al.*, 1990). Dit is veel langer dan de tijdspanne tussen twee opeenvolgende injecties. In de meeste gevallen wordt een spuit verschillende malen op eenzelfde dag gebruikt.

Verscheidene studies leggen een verband bloot tussen HIV-infectie bij injecterende drugsgebruikers en een hoge injectiefrequentie (Battjes, Pickens & Amsel, 1991; Iguchi *et al.*, 1991; Schoenbaum *et al.*, 1989), het frequent of met meer mensen delen van injectiebenodigdheden (Des Jarlais & Friedman, 1987), het injecteren van cocaïne alleen of cocaïne in combinatie met opiaten (Chitwood & Comerford, 1990), het beginnen met drugs injecteren als adolescent of jongvolwassene en de duur van de periode dat men drugs injecteert (Battjes, Leukefeld & Pickens, 1992).

3.1.1.1. Sharing

Grund *et al.* (1991) onderscheiden drie patronen van "sharing" die gerelateerd zijn met risico's voor HIV-transmissie : het delen van spuiten en naalden (met inbegrip van lenen en doorgeven), het delen van andere injectiebenodigdheden, en tenslotte het delen van drugs. Delen houdt echter meer in dan het delen van drugs en materiaal. Delen en elkaar steunen behoort tot het dagelijkse leven. Drugsgebruikers delen veel waardevolle zaken zoals huisvesting, voedsel, geld en kleding. Ze helpen elkaar vaak met de dagelijkse problemen die voortvloeien uit het drugsgebruikersbestaan (Grund *et al.*, 1992). 'Sharing' maakt dus deel uit van een bredere sociale context, zodat delen niet zozeer een bewuste keuze van de drugsgebruiker is, maar dat het eerder de specifieke levensomstandigheden zijn die hem/haar hiertoe aanzetten. Het onderzoek van Donoghoe, Dolan & Stimson (1992) toonde aan dat de volgende factoren een significante correlatie vertonen met 'needle sharing', het gebruik van heroïne, een onstabiele woonaccommodatie, het samenwonen met andere injecterende drugsgebruikers en financiële problemen.

1. Delen van spuiten en naalden

De meeste studies i.v.m. HIV-overdracht onder injecterende drugsgebruikers spitsen zich vooral toe op het delen van spuiten en naalden (Robertson et al., 1986; Chaisson *et al.*, 1987; Lange *et al.* 1987; Battjes, Pickens & Amsel, 1991; Iguchi *et al.*, 1991; Schoenbaum *et al.*, 1989; Des Jarlais & Friedman, 1987; Chitwood & Comerford, 1990; Battjes, Leukefeld & Pickens, 1992). Grund *et al.* (1992a) verklaren dit aan de hand van de nauwe betrokkenheid van de biomedische onderzoekers in de Aidsresearch, die niet vertrouwd zijn met de leefwereld van de drugsgebruikers, zodat de fysieke objecten die verantwoordelijk zijn voor de virustransmissie - de spuiten en de naalden - 'gefetisjeerd' dreigen te worden. Hoewel deze onderzoeken hebben geleid tot positieve initiatieven zoals spuitenruilprogramma's en het verdelen van bleekwater, bestaat het gevaar dat de hele problematiek wordt gereduceerd tot een beperkt deelaspect van de complexe realiteit van het drugsgebruik.

2. Delen van andere injectiebenodigdheden

Verscheidene auteurs wijzen erop dat preventieboodschappen breder moeten zijn dan het aanraden van het gebruiken van een steriele naald (Grund *et al.*, 1988; Samuels *et al.*, 1992; Wiebel *et al.*, 1990). Ook andere injectiebenodigdheden kunnen de HIV-infectie overdragen.

Op de eerste plaats komen natuurlijk de naald en de spuit, maar daarnaast kan bijvoorbeeld de lepel waarin de heroïne verhit wordt, besmet zijn. Meestal wordt de lepel namelijk niet ontsmet of schoongemaakt, omdat er altijd wel wat van de drugs in achterblijft en dit zijn nut kan bewijzen als craving de kop opsteekt (Grund *et al.*, 1988).

Drugsgebruikers leggen een watje in de lepel om bepaalde deeltjes uit de drugsoplossing te filteren wanneer deze vloeistof opgetrokken wordt in de spuit. Wiebel *et al.* (1990) ontdekten dat deze filter, die doordrenkt is met de drugsoplossing, vaak wordt bewaard en opnieuw wordt gebruikt als een bron van drugs wanneer het moeilijk is om aan drugs te komen. Indien nu besmette naalden in dit watje worden gestoken, kan de filter op deze manier dienen als besmettingsroute voor het HIV.

Wij deden gelijkaardige observaties. Een interessante variant hierop was dat men met een vochtig watje alle restanten van drugs uit de gebruikte lepels verwijdert. Vervolgens steekt men deze watjes tesamen met de filterwatjes in een (gebruikte) spuit, men doet er nog wat water bij en perst met behulp van de zuiger van de spuit al het vocht uit de watjes. Soms was het resultaat een mengeling van verdunde heroïne, cocaïne en amfetamines. Nog een andere wijze van hergebruik van de watjes is het uitkoken ervan. Dit komt zeer frequent voor.

Tenslotte kan ook het gemeenschappelijk gebruik van water (om de drugs in op te lossen) risico's voor HIV-besmetting inhouden (Koester, Boder & Wiebel, 1990). Zelf hebben wij meermaals geobserveerd dat er in een pand waar er vaak drugsgebruikers samenkomen, een bokaal met water staat. Iedereen die ter plaatse drugs injecteert trekt

met een (al dan niet reeds gebruikte) spuit hieruit water op. Deze bokaal staat daar vaak dagen, soms wekenlang zonder uitgespoeld te worden.

3. Delen van drugs

Heroïnegebruikers delen regelmatig drugs wanneer deze tesamen gekocht worden, wat vaak het geval is daar men meer drugs krijgt voor hetzelfde bedrag wanneer men grotere hoeveelheden koopt. Een ander motief voor het delen van drugs is dat men iemand wil helpen met een kleine hoeveelheid drugs om de ergste ontwenningsverschijnselen te onderdrukken (Grund *et al.*, 1991).

Drugs delen kan door een beetje van de drugsoplossing in de lepel achter te laten voor de volgende, zodat op deze wijze tevens de lepel wordt gedeeld. Een meer nauwkeurige methode is het zgn. 'frontloading', een techniek die Grund *et al.* (1991) op het spoor kwamen tijdens hun etnografisch onderzoek. Hierbij wordt de drug bereid op een lepel en helemaal opgetrokken in een spuit (A). Vervolgens wordt de naald van de tweede spuit (B) verwijderd, de zuiger wordt teruggetrokken, en een deel van de oplossing van spuit A wordt geïnjecteerd door de naaf van spuit B. Aan de hand van de schaalverdeling op de spuiten kan men de drugs in twee of meer gelijke delen verdelen. Vandaar dat men deze techniek ook wel 'streepjesdelen' noemt. Zelfs wanneer de drugsgebruikers elk hun eigen spuit gebruiken, kan er toch nog transmissie van besmet bloed plaatsvinden. Deze methode kan enkel met demonteerbare spuiten, die men wel kan bestellen in de apotheek, maar die gewoonlijk niet gebruikt worden door drugspuiters in Vlaanderen. Men vindt deze techniek echter terug over heel de wereld (Warschau, New York, Barcelona en Basel bijvoorbeeld). Een gelijkaardige techniek, 'backloading' genaamd, werd geobserveerd in San Francisco, London en Barcelona (Grund *et al.*, 1991). Hierbij wordt de zuiger van spuit B verwijderd en wordt met behulp van de naald van spuit A een deel van de oplossing langs de bovenzijde van spuit B opgetrokken (Froner, 1989).

3.1.1.2. Injectietechnieken

Bepaalde injectietechnieken kunnen eveneens een zeker besmettingsrisico inhouden. Zo is er het zgn. 'booting' ('pompen'). Dit is het verschillende keren na elkaar optrekken en opnieuw injecteren van bloed bij de drugsgebruiker om het effect van de drug te verhogen of te verlengen. Hierdoor verhoogt de hoeveelheid achtergebleven bloed in de spuit en daarmee eveneens de dosis van het virus (Samuels *et al.*, 1992).

Er bestaat onder injecterende drugsgebruikers dus een hele waaier van risicogedragingen waarvan het risicogehalte varieert. Zo kennen sommige drugsgebruikers de bleekwatermethode om hun spuiten te desinfecteren. Het is echter belangrijk dat ze ook weten dat de naald hierbij helemaal in het bleekwater moet worden gestoken, omdat er microscopische restjes op de buitenkant van de naald kunnen achterblijven, dat de zuiger helemaal opgetrokken moet worden, en dat het opgetrokken bleekwater dadelijk moet worden weggespoten (bijvoorbeeld in een wastafel of op de grond in plaats van terug in het flesje (Newmeyer, 1988).
Andere gebruikers weten dat uitkoken de spuit steriliseert, en zijn eveneens op de hoogte van de bleekwatermethode. Deze kennis wenden ze dan aan door hun spuiten uit te koken in bleekwater om maximale efficiëntie te bekomen. Nochtans neutraliseert het kokende water de ontsmettende werking van het bleekwater, zodat deze methode zeker niet effectiever is dan de spuiten enkel uit te koken in water.

Om efficiënte preventietechnieken op te zetten, is het noodzakelijk om een inzicht te verwerven in de gewoonten en de gedragspatronen van drugsgebruikers. Etnografie - de sociale wetenschap die kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt om te leren over een culturele of sociale groep vanuit het standpunt van de leden (Wiebel, 1992) - is hiertoe een zeer geschikt werkinstrument, dat daarnaast tevens de mogelijkheid biedt om nog ongekend risicogedrag te detecteren.

3.1.1.3. Sociale context van riskant drugsgebruik

In de beginperiode van het Aidsonderzoek bij injecterende drugsgebruikers lag het accent voornamelijk op het delen van naalden en spuiten (Robertson *et al.*, 1986; Chaisson *et al.*, 1987; Lange *et al.*, 1987). Geleidelijk aan echter begonnen meer en meer onderzoekers erop te wijzen dat men dit delen niet geïsoleerd mag zien, maar dat men het moet kaderen in een sociale context (Grund *et al.*, 1992a; Des Jarlais *et al.*, 1986; McKeganey & Barnard, 1992; Friedman *et al.*, 1992).

De sociale context van riskant drugsgebruik beïnvloedt de Aidspreventie op twee wijzen. Het eerste probleem is dat veel risicogedrag diep geworteld zit in sociale en culturele praktijken, en in stand gehouden wordt door talrijke situationele en contextuele invloeden. Ten tweede is drugs injecteren een erg gestigmatiseerd gedrag. Bestaande wetten ontmoedigen mensen vaak om naar een hulpverleningsorganisatie toe te stappen omdat ze dan geïdentificeerd worden als injecterende drugsgebruiker (Stimson & Power, 1992). Om op een efficiënte manier aan Aidspreventie te doen, moet men sociale verandering kunnen bewerkstelligen op deze twee niveaus.

Het bestuderen van situationele en contextuele factoren noemt Longshore (1992) 'second generation issues'. Aanvankelijk, in het begin van het Aidsonderzoek, werd er voornamelijk aandacht besteed aan 'first generation issues'. Deze handelden over de HIV-risico's die drugspuiters lopen. Het is bijvoorbeeld herhaalde malen aangetoond dat drugsgebruikers hun gedrag tot op zekere hoogte hebben aangepast. Ze desinfecteren hun injectiemateriaal meer, ze trachten het gebruiken met wildvreemden te vermijden, ze gebruiken meer condooms, enzovoort. Maar het is eveneens duidelijk dat deze gedragsveranderingen meestal slechts gedeeltelijke veranderingen zijn, die een reductie van risico's in plaats van een eliminatie van risico's inhoudt, en dat drugsgerelateerde risicoreductie meer verspreid is dan seksgerelateerde risicoreductie (Miller, Turner & Moses, 1990).

Tot de 'second generation issues' behoren zowel substantiële als methodologische onderwerpen. Substantiële onderwerpen zijn: situationele en contextuele factoren die

risico's beïnvloeden, patronen van herval in hoog risicogedrag, strategieën voor terugval-preventie, de belangrijkheid van het isoleren van de effecten van componenten van interventies, resultaten van HIV-testing, en sociaal-politieke alternatieven. Tot de methodologische onderwerpen rekent Longshore (1992): de rol van experimenteel onderzoek, de waarde van het combineren van de etnografische methode met vragenlijsten, de geschikte methoden voor onderzoek naar de subjectieve aspecten van risico, en de alternatieven voor risicometingen gebaseerd op zelfrapportering.

Verschillende studies tonen aan dat sociale relaties in het algemeen en de druk van andere groepsleden in het bijzonder een invloed uitoefenen op het risicogedrag. Zo vonden Magura *et al.* (1989), Huang *et al.* (1989), Friedman *et al.* (1987), en Friedman *et al.* (1989) dat de mate van het vertonen van risicogedrag van injecterende drugsgebruikers een sterke invloed had op dat van hun vrienden en groepsleden. Daarnaast is de reductie van riskant drugsgebruik gerelateerd met het kennen van een reeds besmet persoon (Friedman *et al.*, 1992).

Drugsgebruikers hebben een eigen definitie van groepsidentiteit (Wiebel, 1991). In de sociale netwerken van drugsgebruikers wordt het lidmaatschap bepaald door factoren zoals de geprefereerde drug, demografische karakteristieken, en gedeelde attributen die de basis vormen van sociale relaties tussen leden.

Recent onderzoek van Barnard (1993) besteedde aandacht aan de feitelijke contexten waarin risicogedrag voorkomt. Zij wilde vooral te weten komen met wie en onder welke omstandigheden welke risico's genomen worden. Haar studie toont onder meer aan dat het delen van naalden en spuiten zelden een toevallige gebeurtenis is, maar gestuurd wordt door sociale patronen en geslachtsroldifferentiatie.

Daar delen een sociaal gedragspatroon is, is het meestal beladen met sociale betekenissen (Cheal, 1988). Zowel het weigeren van een spuit aan te nemen (McKeganey, 1990) als het weigeren om een eigen spuit uit te lenen wordt vaak als beledigend ervaren (Barnard, 1993), zodat heel wat injecterende drugsgebruikers in dit onderzoek injecteren bleven delen in een poging om deze bron van spanningen te vermijden.

Een uitermate belangrijke bevinding van het onderzoek van Barnard (1993) is de invloed van het geslacht van de gebruiker op het risicogedrag dat hij of zij stelt. Vrouwen die drugs injecteren worden vaak door hun mannelijke collega's gestigmatiseerd. Mannelijke injecterende drugsgebruikers vinden het dikwijls onbehoorlijk dat een vrouw, vooral wanneer zij kinderen heeft, (op deze wijze) drugs gebruikt. Hierdoor ondervinden heel wat vrouwen persoonlijk moeilijkheden om naar een apotheek te stappen om injecteren te kopen of naar een spuitenruil te gaan. Deze vrees wordt nog versterkt door de angst dat ze officieel geïdentificeerd zullen worden als injecterende drugsgebruikster en dat bijgevolg hun kinderen afgenomen kunnen worden. Daarnaast delen vrouwen zeer vaak spuiten met hun seksuele partner, die in de meeste gevallen zelf drugs injecteren. Wanneer men bedenkt dat mannen veel vlugger injecteren delen met personen die ze slechts oppervlakkig of helemaal niet kennen (Rua-Figueroa *et al.*, 1992), wordt het duidelijk dat vrouwelijke injecterende drugsgebruiker zeer vaak een groot risico op HIV-besmetting lopen, terwijl ze over het algemeen minder geneigd zijn om zelf rechtstreeks risico te lopen (Barnard, 1993).

Des Jarlais, Friedman & Strug (1986) wijzen op de gevaren die drugsgebruikers lopen wanneer ze voor de eerste keer drugs injecteren. Deze eerste keer gebeurt meestal in het bijzijn van andere, meer ervaren drugspuiters. Deze geroutineerde drugspuiters helpen de nieuwelingen om de eerste 'shot' te zetten, en dit gebeurt vaak met reeds gebruikte spuiten.

Dit soort inzichten in de dynamiek van de verspreiding van het HIV binnen de populatie van injecterende drugsgebruikers kunnen helpen om het preventiebeleid regelmatig bij te sturen.

3.2. Riskant seksueel gedrag

Hoewel HIV-infectie bij injecterende drugsgebruikers voornamelijk wordt doorgegeven via het delen van injectiematerialen, blijft het natuurlijk in de eerste plaats een seksueel overdraagbare aandoening (Donoghoe, 1992). Onderzoek rond seksualiteit en drugsgebruik spitste zich tot voor kort voornamelijk toe op de invloed van bepaalde drugs en van de wijze van het gebruik op het seksuele functioneren (Donoghoe, 1992; Strang *et al.*, 1992). Zo werd bijvoorbeeld aangetoond dat opiaten de seksuele functies dempen (Donoghoe, 1992).

Bij het begin van de epidemie werden een aantal risicogroepen gedefinieerd (homoseksuelen, injecterende drugsgebruikers, ...). Vrouwen werden verondersteld relatief weinig risico te lopen, zodat onderzoek zich voornamelijk concentreerde rond de seksuele praktijken van homo- en biseksuele mannen en het injecteergedrag van injecterende drugsgebruikers (Holland *et al.*, 1990a). Tegenwoordig legt men meer de klemtoon op risico*gedrag* in plaats van risico*groepen*, waardoor wordt erkend dat éénzelfde individu meerdere risicogedragingen kan stellen (Moore & Rosenthal, 1992). De meeste epidemiologische centra registreren individuen die besmet zijn met het HIV over het algemeen slechts in één categorie van risicogedrag, namelijk onder die factor die wordt verondersteld het virus te hebben overgedragen. Hierdoor bestaat een vertekend beeld over de wijze van HIV-besmetting bij injecterende drugsgebruikers, waarbij meestal wordt aangenomen dat ze werden geïnfecteerd door het onhygiënisch drugs injecteren (Haverkos & Edelman, 1988; McKeganey & Barnard, 1992). De laatste jaren echter wordt meer en meer erkend dat heteroseksuele overdracht van het HI-virus bij injecterende drugsgebruikers au sérieux moet worden genomen (Cowan *et al.*, 1989; Robertson & Skidmore, 1989). Gossop *et al.* (1993) stellen dat het risico op heteroseksuele HIV-transmissie via seksueel gedrag minstens even groot is als het risico via onhygiënisch drugs injecteren. Haverkos & Edelman (1988) beschouwen de HIV-overdracht via heteroseksuele contacten als de belangrijkste route waarlangs het HIV zich wereldwijd verspreidt. Heel wat studies tonen aan dat drugsgebruikers wel degelijk seksueel actief zijn (Klee *et al.*, 1990; van den Hoek *et al.*, 1990; Donoghoe, 1992). De populatie van injecterende drugsgebruikers, die voornamelijk heteroseksueel actief is en waar al een

zeker niveau van HIV-infectie bestaat, biedt het HIV de mogelijkheid om zich gemakkelijk te verspreiden onder de rest van de heteroseksuele bevolking (Des Jarlais *et al.*, 1988). De belangrijkheid van heteroseksuele overdracht van het HIV onder injecterende drugsgebruikers wordt onder meer geïllustreerd door de vaststelling dat mensen met het HIV werden besmet die geen enkel risicogedrag vertonen dan het hebben van seksuele betrekkingen met een persoon die riskante gedragingen stelt (Stoneburner *et al.*, 1990).

3.2.1. Het condoom als beschermer tegen het HIV

Daar algemeen wordt aanvaard dat het gebruik van condooms het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen in het algemeen en op HIV/Aids in het bijzonder gevoelig doet afnemen (Vlasblom & De Vroome, 1990), zijn het condoomgebruik en de factoren die hierop een invloed uitoefenen belangrijke indicatoren voor het riskant seksueel gedrag van een bepaalde populatie. Condooms verhinderen immers een uitwisseling van lichaamsvochten die kunnen besmet zijn met het HIV (of met andere SOA's).

Het gebruik van condooms is erg onpopulair onder drugsgebruikers. Ondanks de talrijke voorlichtingscampagnes die het belang van het condoomgebruik benadrukken, blijft de weerstand in de praktijk bestaan. Terwijl in prostitutiemilieus het condoomgebruik ondertussen reeds relatief goed is ingeburgerd, blijven bij niet-professionele seksuele contacten andere factoren veilig vrijen in de weg staan. Het moeilijkst te doorbreken is het onveilig vrijen met een vaste partner, maar ook bij pogingen om het riskant seksueel gedrag bij wisselende seksuele contacten te veranderen botst men op enorme weerstanden. Uit de praktijk blijkt dat, terwijl het beschikbaar maken van steriele injecteren resulteert in veiliger injecteergedrag, het uitdelen van condooms geen gelijkaardige verandering in het seksuele gedrag bewerkstelligt (Kaplan, 1990; Cupitt *et al.*, 1992; Donoghoe, 1992).

In Vlaanderen is het condoom nog minder geliefd dan bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië of in de Scandinavische landen (Deven, 1991). In deze landen evolueerde de anticonceptie van het gebruik van 'traditionele' middelen (kalendermethode,

temperatuurmethode, ...) over 'mechanische' middelen (condoom, diafragma) naar 'moderne' methoden (hormonale en intra-uteriene anticonceptie). In Vlaanderen daarentegen is men van de traditionele middelen meteen overgestapt naar de hormonale methode (Lodewijckx & Cliquet, 1984), waardoor in Vlaanderen geen echte traditie bestaat in het condoomgebruik.

3.2.2. Vrouwen en riskant seksueel gedrag

Er worden veel meer vrouwen besmet met het HIV via heteroseksuele contacten dan mannen. Nochtans zijn vrouwen meer bereid om condooms te ***gebruiken*** dan mannen; ze zijn echter minder bereid om condooms ***bij zich te dragen*** (McKeganey & Barnard, 1992). Dit is te wijten aan meerdere factoren.

Eerst en vooral wordt het HI-virus gemakkelijker doorgegeven van man op vrouw dan van vrouw op man. Vrouwen zijn fysiologisch vatbaarder voor het HI-virus dan mannen (Stoneburner *et al.*, 1990). Padian *et al.* (1990) vonden dat meer vrouwelijke partners van seropositieve mannen besmet zijn met het HIV dan mannelijke partners van seropositieve vrouwen. In dit onderzoek was de man-vrouw overdracht twaalf maal hoger dan de vrouw-man overdracht. De oorzaak van dit verschil in vatbaarheid voor het HIV tussen mannen en vrouwen is niet bekend, maar sommige auteurs nemen aan dat het te maken heeft met de aanwezigheid van een fysisch trauma/letsel, genitale zweren, of andere cofactoren bij één van de partners (Holmberg *et al.*, 1989).

Bovendien zijn er veel meer vrouwen die een partner hebben die drugs injecteert dan omgekeerd. Zo vonden Kramer *et al.* (1991) dat 80% van de primaire relaties van mannelijke injecterende drugsgebruikers niet-injecterende vrouwen zijn. Dit heeft te maken met twee factoren. Enerzijds is de overgrote meerderheid van injecterende drugsgebruikers mannelijk (McKeganey *et al.*, 1989; Frischer, 1991), en hebben deze mannelijke drugspuiters een voorkeur voor vrouwen die zelf geen drugs injecteren (Klee *et al.*, 1990; McKeganey & Barnard, 1990; Robertson & Skidmore, 1989). Anderzijds ligt de HIV-seroprevalentie bij mannen hoger dan bij vrouwen. Daar er meer mannen

dan vrouwen besmet zijn met het HIV, is de kans groter voor een vrouw dat ze een besmette heteroseksuele partner heeft.

Met andere woorden, het is niet alleen zo dat vrouwen meer worden blootgesteld aan het HIV, maar ook dat deze blootstelling bij hen vlugger een infectie veroorzaakt dan bij mannen.

Vrouwen die drugs injecteren lopen dubbel gevaar voor HIV-besmetting, eerst en vooral door hun drugsgebruik en daarnaast ook door hun seksueel gedrag, dat hoofdzakelijk plaatsvindt met een mannelijke injecterende drugsgebruiker (McKeganey & Barnard, 1990).

3.2.3. Riskant seksueel gedrag en drugsgebruik

Doorheen de geschiedenis wordt drugsgebruik geassocieerd met verhoogde seksuele prestaties en verhoogd genot (Mirim *et al.*, 1980). Belcastro & Nicholson (1982) noemden dit fenomeen 'chemisch voorspel'. Hier wordt bijvoorbeeld handig op ingespeeld door seks-shops, waar men 'poppers' kan kopen, een amfetamine-achtige stof die de seksuele potentie positief zou beïnvloeden.

Verschillende onderzoekers hebben studies gewijd aan het verband tussen bepaalde drugs en het seksuele gedrag. Er bestaat een complexe interactie tussen beide. Sommige zwaar verslaafde drugsgebruikers ervaren een afname van de libido en zijn niet seksueel actief (Wiebel & Lampinen, 1991). Cocaïne wordt over het algemeen geassocieerd met een verhoogde seksuele activiteit vanwege zijn stimulerende werking op het lichaam, in tegenstelling tot heroïne, die het seksuele gedrag dempt (Goldsmith, 1988; Weiss, 1989; McKeganey & Barnard, 1992). Zo stelden Klee *et al.* (1990) bijvoorbeeld vast dat dagelijkse heroïnegebruikers minder seksueel actief waren dan minder regelmatige heroïnegebruikers. In tegenstelling tot wat men zou verwachten, vonden Hall *et al.* (1993) en later Hando & Hall (1994) geen verhoogd risicogedrag bij amfetaminespuiters in Sydney in Australië, hoewel amfetamines net zoals cocaïne een stimulerende werking

hebben. In dit onderzoek vertoonden dagelijkse heroïnegebruikers zelfs meer riskant gedrag dan dagelijkse amfetaminegebruikers.

Het gebruik van cocaïne is gecorreleerd met een verhoogde seroprevalentie (Chaisson et al., 1989; Chitwood & Comerford, 1990; Fullilove *et al.*, 1990). Naast het feit dat cocaïne riskant drugsgebruik stimuleert en daarnaast waarschijnlijk ook een immunorepressieve werking heeft (Chaisson et al., 1989; Friedman et al., 1989; Anthony et al., 1991), heeft deze verhoogde seroprevalentie bij cocaïnegebruikers eveneens te maken met een stijging van riskant seksueel gedrag (Wiebel & Lampinen, 1991). Heel wat onderzoeken hebben aangetoond dat het stimulerende effect van cocaïne en crack riskant seksueel gedrag in de hand werkt (Sterk, 1987; Bowser, 1989; Chaisson *et al.*, 1989; Goldsmith, 1988). Daarenboven wordt het gebruik van cocaïne ook geassocieerd met een toename van andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's), waardoor infectie met het HIV gemakkelijker wordt doorgegeven (Goldsmith, 1988). Het injecteren van cocaïne in combinatie met heroïne leidde in het onderzoek van Chitwood & Comerford (1990) tot een verhoging van riskant drugsgebruik en tot het onderhouden van seksuele contacten met meer verschillende partners in vergelijking met diegenen die uitsluitend cocaïne of heroïne spoten.

Metzler *et al.* (1992) vonden bij adolescenten een verband tussen riskant seksueel gedrag en ander probleemgedrag, waaronder ook drugsgebruik. Sommige onderzoekers stellen dat het verband tussen drugsgebruik en riskant seksueel gedrag kan bepaald zijn door interveniërende variabelen, zoals impulsiviteit, het zoeken naar sensatie, een persoonlijkheid die houdt van risico's, enzovoort (Stall & Leigh, 1994). In verschillende studies verzwakte of verdween het verband tussen riskant seksueel gedrag en drugsgebruik wanneer deze variabelen in rekening werden gebracht (Temple *et al.*, 1993).

3.2.4. Seksuele contacten buiten prostitutieverband

Vlasblom & De Vroome (1990) onderscheiden een zestal barrières die het adequaat en consistent condoomgebruik verhinderen. We lichten ze hier even toe.

■ *economische barrières*: de auteurs maken een onderscheid tussen economische barrières op macroniveau (de produktie, de import en het distributiesysteem) en op microniveau (de prijs voor de consument). De hinderpalen situeren zich vooral op dit laatste niveau. Wanneer de consument consequent condooms wil gebruiken, wordt zijn seksleven een dure aangelegenheid;

■ *sociale en politieke barrières*: sociaal gezien kunnen de normen en waarden die in de samenleving heersen het seksueel gedrag beïnvloeden; daarnaast kunnen uitspraken van invloedrijke, conservatieve politici over de vermeende promiscue aard van het condoom een negatieve invloed hebben op het seksuele gedrag;

■ *praktische barrières*: problemen i.v.m. het juiste gebruik van condooms; daarnaast is er ook het probleem van de verantwoordelijkheid (wie draagt de condooms op zak ?);

■ *psychologische interacties*: op een gegeven moment moet er worden onderhandeld over het condoomgebruik. In de prostitutie ligt dit voor de hand; in andere situaties kan dit moeilijker liggen;

■ *emotionele barrières*: men is bang om zijn spontaneïteit of potentie te verliezen; men vreest de reactie van de partner op het voorstel om een condoom te gebruiken; men schaamt zich om condooms aan te kopen, of om het onderwerp aan te snijden, of om de handeling zelf;

■ *morele barrières*: religieuze normen brengen vaak schuldgevoelens, schaamte of angst teweeg, waardoor morele en emotionele barrières elkaar soms overlappen.

Andere onderzoekers wijzen op nog bijkomende problemen:

■ *het imago van het condoom*: Er bestaat een huizehoog vooroordeel ten opzichte van condooms. Het condoom wordt geassocieerd met slechte, minder prettige, en onnatuurlijke seks. Opmerkelijk is het feit dat heel wat mensen, die nog nooit in hun leven een condoom hebben gebruikt, deze opinie verkondigen (Kramer *et al.*, 1991). De meeste mannen die door een assertieve partner onder druk werden gezet om een condoom te gebruiken, herzien hun mening ten aanzien van condooms van negatief naar neutraal. Dit suggereert dat het verbinden van condooms met slechte seks een mythe is die niet noodzakelijk wordt teruggevonden in de realiteit (Cupitt *et al.*, 1992).

■ *man-vrouw verhoudingen*: heteroseksueel condoomgebruik is ingebed in de sociale context van een relatie tussen twee mensen van een verschillend geslacht (Holland *et al.*, 1990b). Traditioneel verwacht men van de man dat hij het initiatief neemt bij het aangaan van een seksuele relatie met een vrouw (Richardson, 1990). In de feministische sociale theorie wordt seksueel contact in westerse landen beschouwd als een ongelijke relatie waarin mannen macht uitoefenen over vrouwen (Hite, 1989). Vanuit dit standpunt is het al dan niet gebruiken van een condoom geen simpele, praktische vraag over onderhandelen i.v.m. risico's, maar is het wel het resultaat van een onderhandeling tussen ongelijke partners. In vele seksuele contacten hebben vrouwen weinig keuze of, en op welke manier ze seks hebben met een man (Kelly, 1988). De spontaneïteit van de passie kan worden ondermijnd door de erkenning van risico en verantwoordelijkheid. Zo staan seksuele bevrediging en seksuele veiligheid loodrecht tegenover elkaar wanneer ze gedefinieerd worden vanuit het perspectief van de man (Holland *et al.*, 1990b). Wanneer een vrouw aandringt op het gebruik van een condoom, gaat ze in tegen de definitie van seksuele betrekkingen als het plezier en het recht van de man en de plicht van de vrouw.

■ Zelfs indien er sprake is van gelijkheid van beide seksuele partners, is er volgens McKeganey & Barnard (1992) weinig ruimte om te onderhandelen over veilig vrijen. In de tijdspanne die het seksuele contact voorafgaat, wordt op een subtiele manier onderhandeld over het hebben van seksuele betrekkingen. Er worden fysieke signalen uitgezonden die de wens uitdrukken dat men een stapje verder wil gaan (men dempt het licht bijvoorbeeld). Door een expliciete verwoording van deze wens uit de weg te gaan, voorkomt men een eventueel ongemak indien de avances zouden worden verworpen. Op het moment dat beide partners instemmen, gaat men meestal zeer vlug tot actie over. In het gehele proces is dit het meest geschikte moment om te onderhandelen over veilig vrijen. Maar aangezien vanaf dat moment alles zeer vlug gaat, is er meestal geen gelegenheid meer voor discussie over condooms.

■ Mannen die zelf voorstellen om een condoom te gebruiken bij het vrijen zijn een uitzondering. Het lijkt wel of de verantwoordelijkheid - net zoals bij de contraceptie - opnieuw bij de vrouw wordt gelegd. Maar daarenboven stoten vele vrouwen op een serieuze weerstand bij hun partner wanneer ze het dan toch zelf ter sprake brengen. Zij

vinden het moeilijk om erover te onderhandelen. Heel wat onder hen staan niet sterk genoeg in hun schoenen om te kunnen eisen dat de partner een condoom draagt. Ze hebben het gevoel dat ze hem hierdoor er impliciet van beschuldigen van seropositief te zijn, of in ieder geval van risico's te hebben genomen. Ze zijn bang om de indruk te wekken dat ze uit zijn op een avontuurtje wanneer ze zelf een condoom te voorschijn halen. Het condoom wordt immers van oudsher geassocieerd met vluchtige seksuele contacten zoals buitenechtelijke seks en prostitutie (Deven, 1991).

■ Demey & Mentens (1991) wijzen erop dat er ook heel wat misvattingen bestaan rond de veiligheid van condooms, die zeer vaak wordt onderschat. Deze misvattingen worden in stand gehouden door campagnes waarin wordt aangeraden om de anticonceptiepil en het condoom samen te gebruiken. Dit lijkt te suggereren dat een condoom op zich geen voldoende bescherming zou bieden tegen zwangerschap. Het stelt de betrouwbaarheid van het condoom impliciet in vraag.

■ De meeste vrouwen willen niet aan hun partner vragen om condooms te gebruiken omdat ze hierdoor het gevoel zouden krijgen/geven dat ze de relatie zelf in vraag stellen (Harcourt & Philpot, 1990). Vanaf het moment dat het duidelijk wordt dat de relatie vaste vormen begint aan te nemen, gebeurt het vaak dat de vrouw overschakelt naar de pil als anticonceptiemiddel (Holland *et al.*, 1990a). Het gebruik van de anticonceptiepil is een teken van de ernst van de relatie. Nog moeilijker wordt het wanneer ze het condoom in de relatie wil introduceren terwijl er al een ander anticonceptiemiddel wordt gebruikt (McKeganey & Barnard, 1992).

■ Bij drugsgebruikers bestaan tenslotte een aantal extra problemen.

- Drugsgebruikers riskeren vaak dagelijks ziekte en dood, zodat ze minder ontvankelijk zijn voor een waarschuwing tegen HIV/Aids (Friedman *et al.*, 1986; Inciardi, 1990). Hun prioriteiten liggen anders (Buning & Des Jarlais, 1990);
- Voor drugsgebruikende vrouwen is anticonceptie geen zaak van prioritair belang; ze zijn te zeer bezig met voor hen meer levensnoodzakelijke problemen. Vaak denken ze trouwens dat ze niet kunnen zwanger worden omdat ze onregelmatig of helemaal niet meer menstrueren (Cupitt *et al.*, 1992). Daarnaast zijn er een aantal

vrouwen onder hen die er echt naar verlangen om zwanger te worden. Het is voor hen een manier om status te verwerven in een leven met weinig of geen vooruitzichten. Het is zeer onwaarschijnlijk dat bij deze laatste groep een pleidooi voor het aanwenden van condooms bij seksuele contacten in het kader van Aidspreventie in goede aarde zou vallen.

- Het gebruik van drugs oefent een invloed uit op het seksuele gedrag. Bovendien blijkt uit verschillende onderzoeken dat drugsgebruik voor of tijdens de seksuele betrekkingen eveneens een invloed heeft op de mate waarop men adviezen in verband met veilig vrijen opvolgt. Men is immers minder in staat om risico's uit te schakelen en men zal bijgevolg minder snel condooms gebruiken (Mondanero, 1987; Buffum, 1988).

Om een bepaald gedrag te stellen, moet men het de moeite waard vinden; men moet ervan overtuigd zijn dat het gedrag doeltreffend is, en de beide partners moeten hierin overeenkomen. Afgezien van het feit dat condooms beladen zijn met negatieve associaties, is het stellen van dit gedrag *op zich* niet prettig: je doet het om er iets anders mee te bereiken. Dit is iets helemaal anders dan gedrag dat leidt tot een merkbaar resultaat of zelfs beloning. Bovendien is besmetting met het HIV mogelijk, maar helemaal niet zo zeker als bij het delen van injecteren met een besmet persoon, én in geval van infectie volgt de ziekte niet meteen op het onvoorzichtige gedrag. Deven (1991) vat de problematiek als volgt samen: men moet iets doen wat men niet echt prettig vindt, om iets te vermijden dat ver weg is en waarvan het nog niet zo zeker is dat het daadwerkelijk gebeurt indien men niets doet. En dit alles vindt plaats in een situatie die gangbaar samenhangt met lijfelijk contact, emoties, alcohol en drugs.

Seksuele contacten met een vaste partner

De preventie van riskant seksueel gedrag bij injecterende drugsgebruikers met een vaste partner is veruit het moeilijkst. Condoomgebruik stuit hier op een aantal extra weerstanden. Het gaat immers niet alleen om louter seksuele betrekkingen, maar tevens om een relationele verhouding tussen beide partners.

Zoals reeds vermeld, bestaat er bij mannelijke injecterende drugsgebruikers een voorkeur voor vrouwen die zelf niet injecteren. Ze vinden dat drugs injecteren niets is voor een vrouw, en dat het enkel leidt tot prostitutie (McKeganey & Barnard, 1992). Het gebeurt dat een vrouwelijke partner van een drugspuiter in het begin, en soms ook later, niet op de hoogte is van het feit dat haar partner drugs injecteert (McKeganey & Barnard, 1992; Kane, 1991). Wanneer het gaat om een langdurige, monogame relatie is er geen enkele reden voor haar om condoomgebruik ook maar te overwegen.

Choi & Wermuth (1991) vonden dat seksuele partners van mannelijke drugsgebruikers soms trachten te verbergen dat hun partner drugs injecteert, omdat het injecteren van drugs en het hebben van een relatie met een 'verslaafde' erg wordt gestigmatiseerd. Dit heeft tot gevolg dat zij hun risico voor Aids niet onder ogen willen zien, en dat ze zich gaan afzonderen voor iedereen die hen zou kunnen willen aanzetten tot het nemen van voorzorgsmaatregelen.

In een langdurige relatie tussen twee drugs injecterende partners, heeft men vaak de gewoonte om enkel en alleen spuiten te delen met de partner. Men gelooft dat de andere geen spuiten zal delen met andere drugspuiters. In deze context heeft het niet veel zin om te praten over veilig vrijen.

Drugs injecterende koppels kijken vaak met andere ogen naar hun eigen risicogedrag. In tegenstelling tot het feit dat ze geen spuiten willen delen met anderen is men roekeloos tesamen met de eigen partner, waarmee men wel spuiten deelt en geen voorzorgen neemt bij seksueel verkeer. Vooral wanneer de partner de enige persoon is waar men nog echt een vertrouwensband mee heeft, wil men zelfs graag risico lopen wanneer dit betekent dat men hetzelfde lot ondergaat als de partner. Indien deze wegvalt, staan ze er alleen voor. Men vindt het leven vaak zo uitzichtloos dat samen risico's nemen helemaal niet meer erg is, samen sterven lijkt aanlokkelijk.

3.2.5. PROSTITUTIE

Doorheen de geschiedenis werd prostitutie geassocieerd met seksueel overdraagbare aandoeningen (Darrow, 1984). Syfilis speelde vroeger een enigszins gelijkaardige rol aan, die van Aids heden ten dage: het is eveneens een seksueel overdraagbare aandoening, die in het begin ongeneeslijk was (Thomas, 1990).

De HIV-seroprevalentie bij niet-drugsgebruikende prostituées in Europa en in Noord-Amerika ligt erg laag, in tegenstelling tot bij de drugs injecterende prostituées (Rosenberg & Weiner, 1988). Nochtans vindt riskant seksueel gedrag plaats bij alle types van prostitutie (Venema & Visser, 1990). Pogingen om prostitué(e)s en klanten op basis van een hele reeks sociale karakteristieken onder te verdelen in diegenen die veilige seksuele contacten hebben en diegenen die riskant seksueel gedrag vertonen, zijn mislukt (Van Gelder & Van Roekel, 1989).

Uit recent onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de prostitué(e)s ook drugs injecteren (McKeganey *et al.*, 1990b), zodat zij dubbel risico lopen om besmet te geraken met het HIV (Plant, 1990). Deze professionele seksuele contacten vormen een extra brug tussen injecterende drugsgebruikers en de rest van de bevolking voor het HIV.

Studies tonen aan dat er twee verschillende wegen zijn die leiden naar prostitutie en drugsgebruik (Goldstein, 1979; Rosenbaum, 1981). Bij de eerste begint men met prostitutie en gaat men later drugs gebruiken om de enorme stress van dit beroep aan te kunnen. Weisberg (1985) maakt in dit verband een onderscheid tussen de stress rond het leggen van contacten met klanten en de stress rond de gemengde gevoelens over hun beroep. Daarnaast merkt hij nog op dat prostitué(e)s vaak werken op plaatsen waar alcohol en andere drugs steeds aanwezig zijn, bijvoorbeeld een publieke bar; in dit geval worden drugs gebruikt als wat Plant (1990) 'social lubricants' noemt ('sociale glijmiddelen'). Bij de andere weg naar drugsgebruik en prostitutie begint men aanvankelijk met drugsgebruik en gaat men zich later prostitueren om op een stabiele wijze zijn/haar drugsgebruik te kunnen blijven financieren.

Goldstein (1979) vond een verband tussen het type van prostitutie en het soort drug: prostitué(e)s van een hogere klasse (bijvoorbeeld uitgezonden door escortebureaus) gebruiken voornamelijk cocaïne, terwijl prostitué(e)s van een lagere klasse (bijvoorbeeld straatprostitué(e)s) meestal verslaafd zijn aan heroïne. De eerste groep begint over het algemeen met prostitutie, de laatste groep met drugsgebruik.

3.2.5.1. Seksuele contacten met klanten

In tegenstelling tot de algemene bevolking, waarbij condoomcampagnes weinig invloed hebben op het seksuele gedrag, hebben prostitué(e)s de boodschap 'veilig vrijen' goed begrepen (McKeganey *et al.*, 1990; Venema & Visser, 1990). Heel wat onderzoeken maken melding van een stijging van het condoomgebruik bij prostituées (Day & Ward, 1990; McKeganey *et al.*, 1990). Dit wil nochtans niet zeggen dat ze daarom goed geïnformeerd zijn. Verschillende onderzoekers maken melding van een zwakke kennis van HIV-overdracht (Matthews, 1990). Venema & Visser (1990) observeerden dat sommige prostituées geloofden dat het kussen of van eenzelfde glas drinken met een besmet persoon gevaarlijk is voor HIV-infectie. Verschillende prostituées meenden dat men besmetting kan vermijden wanneer men zich wast na seksueel contact met een seropositieve, zodat ze zich veilig wanen wanneer ze onveilig vrijen in bijvoorbeeld een hotel waar ze zich achteraf kunnen wassen. Wanneer een man 'proper' lijkt of eruit ziet als een echte huisvader denken sommigen dat het niet nodig is om aan te dringen op veilig vrijen (Venema & Visser, 1990). Andere onderzoekers stelden vast dat prostituées vrijwel altijd condooms gebruiken met nieuwe klanten (Day & Ward, 1990), maar dat vaste klanten soms als veilig worden beschouwd (Venema & Visser, 1990; Day & Ward, 1990). De grens tussen vaste partner en klant wordt soms vaag, bijvoorbeeld wanneer een klant een prostituée meeneemt naar huis en haar voedsel en onderdak verschaft (Venema & Visser, 1990).

Matthews (1990) stelde vast dat prostituées vaak onbeschermd seksueel contact hebben met hun pooier, die dit met meerdere van de meisjes doet.

Wanneer een prostituée die drugs injecteert last heeft van hevige ontwenningsverschijnselen, gebeurt het regelmatig dat ze ingaat op een voorstel van een klant om het te doen zonder condoom om zo vlug mogelijk geld bijeen te krijgen voor een shot (Matthews, 1990). Vooral wanneer de klant voorstelt om meer te betalen, is het soms moeilijk om nee te zeggen (McKeganey & Barnard, 1992).

De houding van de klant die steeds weer aandringt op seks zonder condoom, is ronduit alarmerend (Thomas, 1990). De meesten onder hen zijn zelfs bereid om meer te betalen voor onveilige seks. In de studie van Thomas (1990) verklaarde een kwart van de prostituées in een dergelijke situatie in te stemmen, hoewel ze zich bewust waren van de hiermee verbonden risico's. Sommigen wilden dit zelfs zonder meer betaald te worden. Deze laatste houding creëert ongenoegen in het prostitutiemilieu, omdat klanten dan eerder naar deze meisjes toestappen. Hierdoor staan de anderen indirect onder druk om het toch zelf ook zonder condoom te doen.

Ook klanten zijn vaak slecht geïnformeerd. Zo denken sommigen dat ze aan een vrouw kunnen zien of ze besmet is met het HIV (Venema & Visser, 1990). Ze kijken uit naar een prostituée die er gezond uitziet, of die lijkt op een 'huisvrouw' omdat ze menen dat onbeschermd seksueel contact met hen zonder risico is. De auteurs merkten ook op dat klanten veel minder begaan zijn met de veiligheid van de seksuele handelingen wanneer zij geen echtgenote of andere vaste partner hebben.

3.2.5.2. Seksuele contacten van prostituées met een vaste partner

Verschillende studies tonen aan dat drugs injecterende prostituées vaak ook drugs injecterende partners hebben (Hedrich, 1990; McKeganey *et al.*, 1989; Donoghoe *et al.*, 1989). Nochtans zijn prostituées, in tegenstelling tot in hun werksituatie, bij seksueel contact met hun partner weinig geneigd om een condoom te gebruiken (McKeganey & Barnard, 1992; Darrow, 1990; Venema & Visser, 1990; Matthews, 1990; Thomas, 1990). Dit heeft onder meer te maken met de symbolische functie van het condoom. Prostituées die condooms gebruiken bij betaalde seks ervaren dat condoom vaak als een symbool voor een psychologische en een fysische barrière (Venema & Visser, 1990; Day

& Ward, 1990). Er bestaat een sterke associatie tussen condooms en professionele seks, waardoor het moeilijk wordt om condooms in een relatie te gaan gebruiken (Day & Ward, 1990). Het helpt hen om een onderscheid te maken tussen seks op het werk en seks in de private sfeer.

Verder spelen ook alle factoren die condoomgebruik bij injecterende drugsgebruikers in het algemeen met een vaste partner in de weg staan hier een rol.

3.2.6. Mannelijke injecterende drugsgebruikers in de seksindustrie

Homofiele drugsgebruikers die drugs injecteren en die bovendien werken als prostitué zijn de meest gestigmatiseerde subgroep onder de drugsgebruikers: zowel hun homofiele aard als hun drugsgebruik (en dan vooral drugs injecteren) en het werken als prostitué zijn drie, in onze maatschappij sterk gestigmatiseerde gedragingen/geaardheden. Het gevaar bestaat dat zij - door het drievoudige risicogedrag dat zij stellen - in dit Aidstijdperk nog meer zullen worden gemarginaliseerd.

Hoewel in de meeste grootsteden vele mannelijke prostitués werken en hun cliënteel bestaat uit homo- en biseksuele mannen, waarvan men aanneemt dat ze een zeer groot risico lopen om te worden besmet met het HIV, werd in de literatuur tot nog toe weinig aandacht besteed aan mannelijke prostitués in vergelijking met hun vrouwelijke collega's (Waldorf & Murphy, 1990). Nochtans bestaat een aanzienlijk deel van hun klanten uit mannen met een gezin uit de middenklasse zodat drugs injecterende prostitués evenzeer een epidemiologische brug vormen naar vrouwen en kinderen als andere injecterende drugsgebruikers.

Onderzoek toont aan dat prostitués vooral stimulerende drugs injecteren, zoals amfetamines en cocaïne (Waldorf & Murphy, 1990; Stall & Ostrow, 1989), maar ook heroïne. De bevindingen van Stall & Ostrow (1989) suggereren dat drugsgebruik bij homofiele injecterende drugsgebruikers sterk samenhangt met seksueel gedrag en dat zij vooral riskant seksueel gedrag stellen wanneer zij onder de invloed zijn van drugs. Bovendien vonden Yano *et al.* (1990) dat homofiele mannen meer cocaïne gebruikten dan

een heteroseksuele steekproef van injecterende drugsgebruikers en vaker drugs gebruikten in combinatie met seks.

Al deze bevindingen leggen de vinger op de risicoverhogende factoren voor deze subpopulatie. Drugs injecterende prostitués zijn echter niet alleen een risico voor zichzelf en hun seksuele partners, maar kunnen eveneens een risico vormen voor de gehele heteroseksuele bevolking, daar is aangetoond dat homoseksuele injecterende drugsgebruikers soms ook seksuele contacten hebben met vrouwen (Lewis & Watters, 1990).

3.2.7. Overdracht door zwangerschap

Verschillende onderzoeken tonen aan dat in de populatie van drugspuiters veel zwangerschappen voorkomen (Dolan *et al.*, 1990). Daar de menstruatiecyclus bij drugsmisbruik sterk kan ontregeld geraken (Mulleady *et al.*, 1990), gebruiken injecterende drugsgebruiksters vaak geen anticonceptiemiddel omdat ze veronderstellen dat ze niet meer vruchtbaar zijn (Cohen, 1989; Morrison, 1993)). Zo komt het dat deze zwangerschappen over het algemeen niet gepland zijn (Mulleady *et al.*, 1990).

Naast de schadelijke effecten van het drugsgebruik van de moeder op de foetus, zoals een lager geboortegewicht, lagere geboortelengte en een kleinere hoofdomtrek, loopt de foetus de kans op een besmetting met het HIV wanneer de moeder zelf is geïnfecteerd (van de Anker & Sauer, 1993). Een seropositieve moeder kan de HIV-besmetting doorgeven aan de foetus die zij draagt. Er is nog niet precies geweten wat juist de kans is dat een baby, geboren uit een HIV-besmette moeder, seropositief is (Green, 1988). Schattingen van onderzoekers zijn erg uiteenlopend. Zo schat Minkoff (1987) de kans dat een besmette moeder de infectie doorgeeft aan haar baby op 30% tot 50%; andere onderzoekers schatten deze kans op 20% tot 60% (Presidential Commission, 1988); nog anderen op slechts 15% (European Collaborative Study, 1991).

Driekwart van de seropositieve baby's sterft rond de leeftijd van drie jaar (Joseph, 1988). De kinderen lijden aan een hele reeks gezondheidsproblemen en moeten soms worden gehospitaliseerd om, naast de detoxificatie, de nodige zorg te kunnen krijgen

(Wiebel & Lampinen, 1991). De zwangerschap zelf zou door de veranderingen in het immuunsysteem de evolutie van de HIV-besmetting kunnen versnellen (Minkoff, 1987; Delfraissy *et al.*, 1989), hoewel dit niet kon worden aangetoond door sommige studies (Schoenbaum *et al.*, 1989). Hudson & Sharp (1988) stellen dat het risico voor een zwangere seropositieve vrouw om Aids te ontwikkelen onzeker is en afhankelijk van de algemene gezondheidstoestand van de moeder tijdens de zwangerschap.

In de Verenigde Staten wordt het merendeel van de HIV-geïnfecteerde baby's geboren uit een vrouw die drugs injecteert, de anderen zijn veelal door een HIV-besmette injecterende drugsgebruiker verwekt (CDC, 1990). Omdat bloedtransfusiestalen tegenwoordig gescreend worden op de aanwezigheid van het HI-virus, wordt verwacht dat in de toekomst de overgrote meerderheid van pediatrische Aidsgevallen zal kunnen worden toegeschreven aan het injecteren van drugs door één van de ouders (Wiebel & Lampinen, 1991).

4. PREVENTIE

4.1. Theoretisch kader van gedragsverandering

Wanneer men zo efficiënt mogelijk mensen ertoe wil aanzetten om hun risicogedrag te veranderen, moet men rekening houden met alle factoren die dit gedrag mee bepalen. Over deze vraag buigt men zich in de Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). De GVO is geen discipline op zich, maar integreert verschillende wetenschapsgebieden. GVO vertaalt de kennis uit die wetenschapsgebieden dan naar het eigen toepassingsgebied (Kok, 1986).

In de GVO gaat men te werk in een aantal stappen, die elk ook te beschouwen zijn als beslissingsmomenten waarbij men zich telkens de vraag stelt of het zinvol is om met een GVO-aanpak verder te gaan (Kok, 1986). Deze stappen zijn:

- *probleemanalyse*: hoe belangrijk is het gezondheidsprobleem en welke rol speelt het gedrag daarbij ?
- wat zijn de *oorzaken*, de determinanten van dit gedrag ?
- hoe kan men dit gedrag *beïnvloeden* ?
- *evaluatie*: wat is het effect van die beïnvloeding ?

Centraal staat de probleemanalyse. Deze bepaalt de kwaliteit van de interventie. Het is het uitgangspunt waarop alle initiatieven gestoeld zijn. Vele belangrijke gezondheidsproblemen vertonen een duidelijk verband met bepaalde gedragingen. Indien men bepaalde gevaren wil afwenden die de gezondheid bedreigen, moet men deze gedragingen trachten te beïnvloeden. Men heeft de grootste kans op slagen wanneer men hierbij systematisch tewerk gaat. Met systematisch bedoelen wij dat men inzicht tracht te verwerven in de factoren die rechtstreeks of onrechtstreeks dit gedrag mee bepalen, zodat men zich op elk van deze gedragsdeterminanten kan richten (Kok, 1986).

Een GVO-benadering is echter niet altijd aangewezen. Wanneer bijvoorbeeld de oorzaken van het probleem niet gedragsmatig zijn, of als de determinanten van het gedrag

niet beïnvloedbaar zijn, of als de beïnvloeding haar doel niet bereikt, heeft het niet veel zin om voor een GVO-aanpak te opteren (Kok, 1986).

In de volgende paragrafen willen we eerst een aantal disciplines bespreken die in het verleden een bijdrage hebben geleverd tot een beter inzicht in gezondheidsgedrag, in de factoren die dit gedrag mee bepalen, en in de wijze waarop dit gedrag kan worden beinvloed. Daarna stellen we een model voor dat recent het uitgangspunt vormt van vele interventiestrategieën in verband met de preventie van HIV-besmetting bij drugsgebruikers.

4.1.1. GEZONDHEIDSPSYCHOLOGIE

Gezondheidspsychologie is het geheel van opvoedkundige, wetenschappelijke en professionele bijdragen van de psychologische discipline aan de bevordering en het behoud van gezondheid, aan de preventie en behandeling van ziekte, aan de identificatie van etiologische en diagnostische correlaten van gezondheid, ziekte en aanverwante dysfuncties en aan de verbetering van de gezondheidszorg en gezondheidspolitiek (Matarazzo, 1980).

Rationele modellen

In het verleden meende men dat, indien men mensen correcte informatie gaf met betrekking tot hun gezondheid, ze dan wel spontaan het meest gezonde gedrag zouden stellen. Men dacht dat het gedrag enkel functie is van cognitief-motivationele factoren. Men hield geen rekening met affectief-evaluatieve gedragscomponenten. In tussentijd is al herhaaldelijk aangetoond dat enkel informatie geven een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is tot gedragsverandering (Bolton & Walling, 1993; De Wit *et al.*, 1990; Moore & Rosenthal, 1992; Stimson & Power, 1992; Kok, 1986; Watters, 1989). Zelfs op voorwetenschappelijk niveau is dit gemakkelijk te zien. Dit kan geïllustreerd worden met het voorbeeld dat zeer veel mensen, ondanks het feit dat ze zich ervan bewust zijn dat ze een ernstige huidaandoening riskeren, toch uren in de zon gaan liggen bruinen.

Een voorbeeld van zulk een cognitief model is het **SEU-model** (Subjective Expected Utility Model), dat stelt dat de mens een rationeel, beslissend wezen is (Luce & Raiffa, 1957). De SEU van een handeling is de waarde die de handelende persoon zelf berekent en die gelijk is aan de som over alle verschillende mogelijke uitkomsten heen van de waargenomen probabiliteit van elke uitkomst vermenigvuldigd met de wenselijkheid van deze uitkomst:

$$SEU(A) \doteq \Sigma P(E) U(X)$$

waarbij A = de handeling

P(E) = de kans dat een bepaalde gebeurtenis zich voordoet

U(X) = de subjectief verwachte nuttigheidswaarde voor de persoon

Affectieve modellen

In andere modellen houdt men wel rekening met affectieve factoren. In de **fear-drive modellen** bijvoorbeeld (Janis, 1967; Leventhal, 1973) tracht men gedragsverandering te bekomen door het aanjagen van angst. In verband met Aidspreventie heeft de ervaring aangetoond dat het aanwenden van angst als middel tot gedragsverandering niet effectief is, en dat het mensen zelfs ongevoelig kan maken voor de preventieve boodschap zelf (Sorensen, 1990; Chaturverdi, 1987).

'Theory of reasoned action'

Volgens de 'theory of reasoned action' (Richards, 1971) is het gezondheidsgedrag het directe resultaat van de gedragsbedoeling. De gedragsintentie hangt af van:

- de attitudes ten opzichte van die actie, die functie is van de overtuiging dat er een effect zal zijn , en de evaluatie van dit effect;
- de subjectieve norm, afhankelijk van wat anderen vinden dat men moet doen en van de motivatie om hiermee in te stemmen.

Dit model omvat dus zowel een cognitief-motivationele als een affectief-evaluatieve component. Dit geldt eveneens voor het volgende model:

'Health belief model'

Het 'health belief model' (Rosenstock, 1966) stelt dat het gedrag het gevolg is van de invloed van twee factoren:

- de mate waarin de persoon een gezondheidsbedreiging ervaart, wat bepaald wordt door:
  - algemene gezondheidsvoorwaarden;
  - de mate waarin men gelooft dat men kwetsbaar is voor bepaalde klachten;
  - de mate van de ingeschatte ernst van de ziekte;
- het geloof dat een specifiek gedrag die bedreiging kan reduceren, dat afhangt van:
  - de mate waarin men dat gedrag efficiënt acht;
  - de overtuiging dat de voordelen van dit gedrag opwegen tegen de nadelen.

Al deze modellen hebben een zeker waarheidsgehalte, maar ze spitsen zich slechts toe op deelaspecten van het menselijke gedrag. Dit impliceert echter dat ze onvolledig zijn. Er liggen veel factoren aan de basis van menselijk gedrag, en deze factoren interageren bovendien. Dit wordt tegenwoordig meer en meer onderkend door gedragswetenschappers. Recente gedragsbeïnvloedingstheorieën combineren dan ook verschillende facetten uit al deze benaderingswijzen. Zo hebben Ronis & Harel (1989) bijvoorbeeld een poging gedaan om het 'health belief model' en het SEU-model samen te voegen tot één model dat meer specifiek kan zijn wat betreft voorspellingen van gedrag.

4.1.2. Sociale psychologie

In de meeste theoretische gedragsmodellen die hierboven werden vermeld, wordt eigenlijk weinig rekening gehouden met sociale factoren die een invloed uitoefenen op het gedrag. Nochtans mag men de belangrijkheid van sociale factoren zeker niet onderschatten, vooral niet wanneer het gaat om gedragingen die erg gevoelsmatig liggen. Steeds meer auteurs wijzen op de absolute noodzaak om ook de sociale dimensie te betrekken bij HIV-preventie (Friedman *et al.*, 1992; Watters, 1989; Kok, 1986; Wiebel, 1991).

Reactantietheorie en 'learned helplessness'

De reactantietheorie en aangeleerde hulpeloosheid ('learned helplessness') zijn van oorsprong twee verschillende theorieën, die later werden geïntegreerd (Wortman & Brehm, 1975).

De reactantietheorie stelt dat mensen, bij een bedreiging van hun vrijheid, reageren door actief die vrijheid trachten te herstellen. Met andere woorden, wanneer mensen in hun mogelijkheden beperkt worden, zullen ze zich verzetten om op die manier toch hun keuzemogelijkheden te behouden.

De theorie van aangeleerde hulpeloosheid stelt dat mensen, die voortdurend ervaren dat ze geen controle meer hebben op hun situatie, geneigd zijn om uiteindelijk niets meer aan die situatie te doen.

In de integratie van beide theorieën stelt men dat een *gering gebrek* aan controle leidt tot een controleverhogend gedrag (reactantie), terwijl een *zeer groot gebrek* aan controle juist aanleiding geeft tot passiviteit (hulpeloosheid).

Attributietheorieën

Attributietheorieën zijn, naar haar meest algemene vorm, theorieën over processen die een rol spelen, wanneer mensen gebeurtenissen gaan interpreteren als zijnde veroorzaakt door bepaalde factoren. Men is niet geïnteresseerd in de feitelijke oorzaak als dusdanig, maar wel in de manier waarop mensen ertoe komen een bepaalde oorzaak voorop te stellen om het effect aan toe te schrijven. Het maken van attributies is een poging om observaties van eigen en andermans gedrag te verklaren (Van Avermaet, 1990).

Een voorbeeld van een attributietheorie is de theorie van Weiner (1985), die stelt dat de oorzaken die mensen aan eigen en andermans gedrag toeschrijven variëren op een aantal dimensies. Zo kunnen mensen oorzaken aangeven bij zichzelf of buiten zichzelf (interne of externe attributie). Oorzaken kunnen ook vast (stabiel) of veranderbaar (instabiel) zijn. Tenslotte kunnen oorzaken variëren in controleerbaarheid, met andere woorden al dan niet te beïnvloeden door de persoon. De wijze waarop mensen attribueren is van invloed op

hun gedrag. Bijvoorbeeld, als iemand het roken attribueert als een verslaving (= intern, stabiel, oncontroleerbaar), zal deze persoon geen poging ondernemen om te stoppen. Iemand die het roken attribueert als instabiel en controleerbaar, is wel te motiveren om te stoppen.

Naast deze theorieën zijn er nog andere, die allemaal op hetzelfde basisprincipe neerkomen: hoe meer controle mensen krijgen over hun eigen situatie, des te meer zijn ze te motiveren om die situatie te verbeteren. Voorbeelden hiervan zijn: locus of control (Rotter, 1966), self-efficacy (Bandura, 1977), en besef van verantwoordelijkheid (Schwartz, 1977).

4.1.3. MOTIVATIONELE PSYCHOLOGIE

In de motivatiepsychologie houdt men zich bezig met de vraag naar het waarom of het waartoe van bepaalde gedragingen, waarbij men beroep doet op tussenliggende motivationele variabelen en processen om bepaalde gedragskenmerken te kunnen verklaren en bijgevolg ook te voorspellen. Deze motivationele variabelen en processen moeten volledig onafhankelijk van het te verklaren gedrag gedefinieerd worden om pseudoverklarende kringredeneringen te vermijden (Lens, 1987).

'Dynamics of action'

Traditioneel bestudeerde men in de motivatiepsychologie welbepaalde, op zichzelf staande gedragingen. Atkinson & Birch (1970) brachten hierin een revolutionaire verandering teweeg. Zij vertrokken van het uitgangspunt dat er een continue stroom van gedragingen is die gekenmerkt wordt door veranderingen van het ene gedrag naar het andere. Gedrag wordt hier beschouwd als een element in zo'n stroom, waaraan een ander gedrag voorafgaat en waarop een ander gedrag volgt. Het begin van een handeling houdt tegelijkertijd het einde van een andere handeling in. Dit impliceert dat het zich voordoen van een bepaald gedrag niet enkel afhangt van de motivatie voor dat gedrag. De 'dynamics of action' van Atkinson & Birch (1970) beschouwt een gedragsverandering als de uitdrukking van een verandering in de hiërarchie van de sterkte van onderliggende en met elkaar

in conflict zijnde gedragstendensen. Op elk ogenblik wordt de sterkste motivationele tendens uitgedrukt in gedrag (Lens, 1987).

$$t(A) = f \frac{T_A}{T_A + T_B + \ldots + T_N}$$

waarbij $T(A)$ = handeling A
T_A = gedragstendens A
T_B = gedragstendens B enz.

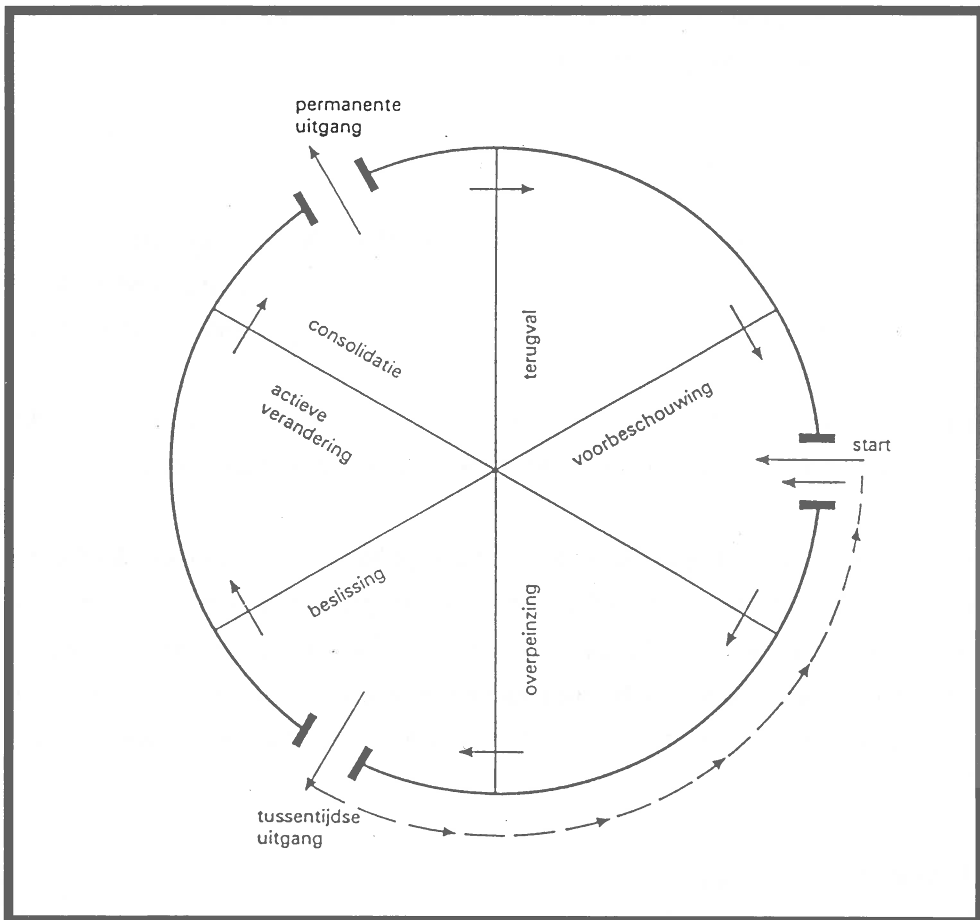
Het zich voorstellen of het daadwerkelijk stellen van een bepaald gedrag doet de sterkte van de tendens tot dat gedrag afnemen. Men noemt dit consumatorisch gedrag.

Hieruit volgt dat een gedragstendens niet noodzakelijk hoeft toe te nemen om dominant te worden, en dat een vroeger opgewekte tendens die niet gereduceerd werd ten gevolge van consumatorisch gedrag blijft bestaan. Met andere woorden, indien men een bepaald gedrag wil uitlokken, kan men dat doen door de tendens tot het stellen van het gewenste gedrag te versterken, maar tevens door rivaliserende gedragstendensen te doen afnemen (Lens, 1987).

'Motivational interviewing'

Prochaska & Di Clemente (1984) deden een onderzoek naar veranderingsprocessen. Zij vroegen zich af hoe mensen zonder psychotherapie veranderden, en of er gemeenschappelijke principes van verandering aan de basis liggen die met dan wel zonder psychotherapie tot stand komt (Broothaerts, 1993). De auteurs ontwikkelden een gedragsveranderingsmodel in vijf fasen. In figuur 2 worden de fasen van verandering weergegeven:

- *voorbeschouwing*: De persoon is zich niet bewust van een probleem, en is niet geneigd tot verandering. Anderen kunnen overigens wel zien dat er een probleem is;
- *overpeinzing*: De persoon wordt zich bewust van een probleem. Hij/zij overweegt mogelijkheden om het probleem op te lossen, maar hij/zij is nog niet zover om een beslissing te nemen tot verandering;
- *beslissing*: Dit stadium is de overgang tussen overpeinzing en actie. De persoon neemt een beslissing tot verandering;



Figuur 2: De stadia van verandering (Prochaska & Di Clemente, 1984)

- *actieve verandering*: In dit stadium vinden daadwerkelijke veranderingen plaats;
- *consolidatie*: De integratie van de bereikte verbeteringen staat hier centraal. In dit stadium kan ook *terugval* voorkomen, die de persoon weer kan terugbrengen tot het stadium van voorbeschouwing.

Dit model suggereert niet dat iedereen deze stadia op dezelfde manier doorloopt of dat men eindeloos kan blijven doordraaien in deze fasen (Davidson, 1992a; Prochaska *et al*, 1992a; Heather, 1992; Stockwell, 1992; Davidson, 1992b). (Werken met) terugval is een essentieel onderdeel van dit model. Om iemand te kunnen helpen bij een gedragsveran-

dering, is het bijgevolg noodzakelijk om de fase waarin de persoon zich bevindt, te kunnen detecteren (Prochaska *et al.*, 1992).

Er bestaat heel wat literatuur rond de latere stadia van gedragsverandering. Over de eerste stadia is weinig voor handen (Broothaerts, 1993; Schippers *et al.*, 1988). Nochtans is kennis over de eerste twee fasen noodzakelijk wanneer men wil overgaan tot vroegere identificatie van het probleem en vroegtijdige interventies. Vertrekkende van dit inzicht ontwikkelde Miller (1983) een motivationeel model, met een sterke klemtoon naar de praktijk. Met dit model zet Miller (1985) zich, net zoals Prochaska & Di Clemente (1984), af tegen de visie van de gangbare hulpverlening, die verslaving beschouwt als een gebrek aan motivatie die inherent is aan de persoonlijkheidsstructuur van verslaafden. Het model impliceert dat intentionele zelfverandering wel degelijk voorkomt. De gesprekstechniek, gebaseerd op zijn model, wordt door Miller (1983) 'motiverende gesprekstechniek' genoemd. De uitgangspunten van deze gesprekstechniek zijn de volgende:

- Men beschouwt de ontkenning van de aanwezigheid van verslavingsproblemen niet als een karaktereigenschap, maar wel als een gedragspatroon dat wordt beïnvloed door de interpersoonlijke contacten met de hulpverlener;
- De bestempeling van een persoon als 'verslaafde', 'alcoholist' of 'junkie' wordt als irrelevant beschouwd;
- De eigen verantwoordelijkheid wordt benadrukt (Denissen & van Bilsen, 1986);
- De doeleinden wat betreft het middelengebruik worden door de persoon zelf vastgelegd;
- Er wordt met de persoon onderhandeld over dit behandelingsdoel, waarbij gecontroleerd gebruik tot één van de mogelijkheden behoort;
- De persoon wordt beschouwd als iemand die in staat is keuzes te maken en controle uit te oefenen, in plaats van een hulpeloze overgeleverd aan het produkt;
- De persoon wordt niet overtuigd om te veranderen, maar wordt wel begeleid in het proces van besluitvorming (van Bilsen, 1985). De hulpverlener is iemand die de persoon helpt met het nemen van een beslissing, en hem vervolgens bijstaat om de gewenste gedragingen door te voeren (Broothaerts, 1993).

Deze theorieën van Prochaska & Di Clemente (1984) en van Miller (1983) passen zeer goed in het kader van 'harm reduction', een benadering van drugsgerelateerde problemen die de laatste jaren steeds meer voorstanders krijgt. We komen in een volgende paragraaf terug op deze benadering.

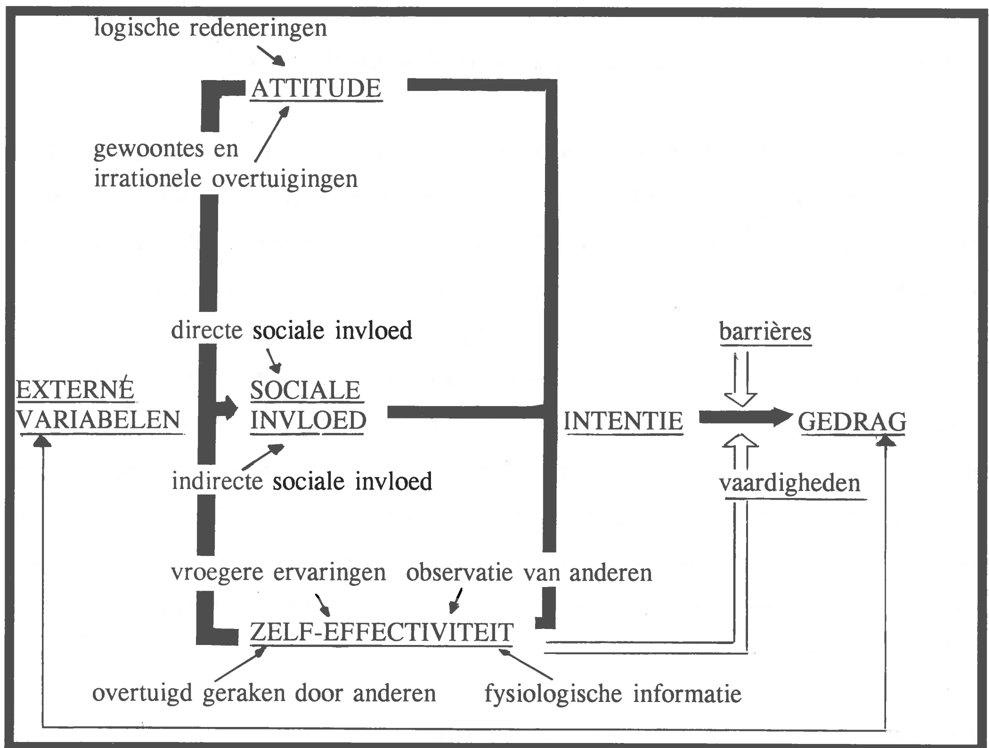
4.1.4. Integratie van verschillende gedragsbeïnvloedingsmodellen

De meeste auteurs onderscheiden tegenwoordig drie gedragsdeterminanten (Kok & Oostveen, 1987), die de inzichten van Fishbein & Ajzen (1975) en van Bandura (1986) combineren:

- *attitude*: de persoonlijke houding ten opzichte van het gedrag wordt, naast logische redeneringen die voortvloeien uit de kennis die men bezit, ook mee bepaald door een aantal andere factoren, zoals gewoonten en irrationele overtuigingen (Fishbein & Ajzen, 1975);
- *sociale invloeden*: kunnen zowel direct als indirect zijn. De directe sociale invloed heeft te maken met de gepercipieerde verwachtingen van anderen; bij de indirecte sociale invloed wordt het gedrag van anderen tot voorbeeld genomen. Tussen deze twee uitersten bestaan alle mogelijke tussenvormen van sociale invloeden (Fishbein & Ajzen, 1975). Daar Aids een ziekte is die nog maar recent opgedoken is, bestaat er bij veel individuen nog veel onzekerheid omtrent de besmettingsrisico's, bijvoorbeeld hoe lang men met zijn partner condooms moet gebruiken of hoe veilig condooms wel zijn (Van Rooijen, 1989), waardoor sociale factoren een veel grotere invloed krijgen;
- *zelf-effectiviteit ('self-efficacy')*: dit is de inschatting die de persoon maakt van zijn eigen mogelijkheden om een bepaald gedrag te vertonen (Bandura, 1986). Vanwege zijn invloed op de vaardigheden is deze determinant vooral van belang bij het achterwege blijven van het gewenste gedrag (Kok & Sandfort, 1991). De zelf-effectiviteit wordt bepaald door de eigen vroegere ervaringen, het overtuigd raken door anderen en fysiologische informatie (bijvoorbeeld zenuwachtigheid) (Kok & Sandfort, 1991). In onze onderzoeksgroep is deze gedragsdeterminant van groot belang. Illegale druggebruikers zijn immers vaak mensen die over weinig zelfvertrouwen beschikken, en die vaak menen dat ze niet in staat zijn om hun gedrag te veranderen. Ze hebben meestal reeds een reeks

ervaringen achter de rug die dit schijnen te bevestigen, zoals bijvoorbeeld tevergeefse pogingen om te ontwennen.

In figuur 3 staan deze inzichten verwerkt in een overzichtelijk schema. We zien hier dat het gedrag rechtstreeks wordt beïnvloed door de intentie tot dit gedrag, maar dat deze intentie op zijn beurt wordt bepaald door de attitude, de sociale invloeden en de zelf-effectiviteit.



Figuur 3: Integratie van de modellen van Fishbein & Ajzen (1975) en Bandura (1986)

Nochtans is het niet zo dat een bepaalde intentie werkelijk uitmondt in dat betreffende gedrag. Of dit zo is, hangt voor een deel samen met de vaardigheden van die persoon om dit gedrag te stellen. Bovendien kunnen tussen de intentie en het gedrag barrières opduiken. Terwijl de attitude, de sociale invloeden en de eigen-effectiviteit de gedragsintentie bepalen voordat het gedrag tot stand komt, spelen barrières en vaardigheden pas een rol wanneer het gedrag daadwerkelijk wordt vertoond (Kok & Sandfort, 1991).

Externe variabelen, dit betekent de invloed van buitenaf zoals bijvoorbeeld demografische factoren, worden verondersteld het gedrag enkel onrechtstreeks te beïnvloeden, namelijk via de drie gedragsdeterminanten (Kok *et al.*, 1990).

Kok & Sandfort (1991) menen dat er ook een rechtstreeks verband is tussen de zelf-effectiviteit en het gedrag, omdat de zelf-effectiviteit de inschatting is van de nodige vaardigheden en daardoor wellicht de mogelijkheid bezit om barrières te overwinnen.

Tenslotte is er feedback van het (al dan niet geslaagde) gedrag, wat dan weer een invloed heeft op de drie gedragsdeterminanten (Kok & Sandfort, 1991).

Kok & Sandfort (1991) wijzen erop dat dit model wordt vertrokken vanuit de veronderstelling dat de zich gedragende persoon de noodzaak en de wenselijkheid van dit (preventief) gedrag inziet. In het 'health belief model' (Rosenstock, 1966) besteedt men aandacht aan de risicoperceptie. Het is lang niet vanzelfsprekend dat de persoon de wenselijkheid of de noodzaak van een gedragsverandering onderkent. Dit hangt onder meer af van de mate waarin de persoon een gezondheidsbedreiging ervaart. Algemene gezondheidsvoorwaarden, de mate waarin men gelooft dat men kwetsbaar is voor de aandoening, en de mate van de ingeschatte ernst van de ziekte bepalen of men zijn gezondheid bedreigd voelt. Risicoperceptie is ook afhankelijk van de stemming op dat moment. In dit verband heeft men het in de literatuur vaak over positiviteitsbias: mensen schatten de kans met betrekking tot risico's voor anderen groter in dan voor zichzelf (Weinstein, 1980).

4.1.5. Het Aids Risk Reduction Model (ARRM)

Catania *et al.* (1990) ontwierpen het Aids Risk Reduction Model (figuur 4), een heuristisch werkinstrument waarmee zij een hele waaier van concepten vanuit verschillende theoretische invalshoeken integreren. De auteurs houden er rekening mee dat het model in de tijd wellicht zal moeten worden aangepast aan nieuwe empirische bevindingen.

FASE	ENKELE (HYPOTHETISCHE) INVLOEDEN	AANWIJZINGEN I.V.M. HET RESULTAAT
DUIDING	▪ kennis omtrent overdracht ▪ ontvankelijkheid ▪ aversieve gevoelens ▪ sociale invloeden	'Loop je omwille van je gedrag risico voor HIV-besmetting ?'
ENGAGEMENT	▪ aversieve gevoelens ▪ respons-effectiviteit ▪ zelf-efficiëntie ▪ sociale invloeden	'Verwacht je dat je "x" gaat doen in de loop van de volgende vier weken ?'
ACTIE	▪ aversieve gevoelens ▪ communicatievaardigheden ▪ sociale invloeden	'Wat heb je gedaan ?'

Figuur 4: Het Aids Risk Reduction Model (Catania *et al.*, 1990)

Het uitgangspunt van Catania *et al.* (1990) is dat verschillende psychosociale variabelen op verschillende punten in het veranderingsproces een andere functie hebben. Bijvoorbeeld, bij de inschatting van het eigen risico is de kennis over HIV/Aids belangrijk, terwijl de zelf-effectiviteit pas aan bod komt wanneer een persoon besloten heeft om de risico's te verminderen.

Volgens het ARRM gaat gedragsverandering gepaard met de opeenvolgende fasen:

▪ *duiding* ('labeling'): men leert hoe Aids wordt overgedragen en men krijgt inzicht in de mate waarin men ontvankelijk is voor de ziekte. Dit leidt tot de vraag of men risicovol gedrag stelt (Gibson *et al.*, 1991);

▪ *engagement* ('commitment'): men leert doeltreffende manieren om het risico te verminderen; men begint zelf-effectiviteit te ontwikkelen om de gezondheidsbedreiging aan te kunnen (Gibson *et al.*, 1991);

▪ *actie* ('action'): men gaat concrete stappen ondernemen om het gedrag te veranderen met of zonder de hulp van anderen. De kans op succes verhoogt aanzienlijk wanneer men erover praat met anderen of wanneer men de hulp inroept van bijvoorbeeld de seksuele partner (Gibson *et al.*, 1991).

In alle fasen spelen sociale invloeden en aversieve gevoelens een grote rol (Catania *et al.*, 1990). Sociale invloeden definiëren Catania *et al.* (1990), in deze context, als de emotionele en instrumentele steun waarop een persoon kan rekenen bij het veranderen van zijn/haar gedrag. Een voorbeeld van aversieve gevoelens is de blijvende angst om risico te lopen (Catania *et al.*, 1990). De andere beïnvloedingsfactoren zijn specifiek voor één welbepaalde fase. Ze nemen in dit model een belangrijke plaats in. Daarom lichten we ze hier even kort toe.

Kennis

In het eerste stadium, wanneer een drugsgebruiker mogelijke problemen ervaart in verband met zijn/haar gedrag, is het van zeer groot belang dat hij/zij de essentiële informatie krijgt over de mogelijke overdrachtswijzen van het HIV (Gibson *et al.*, 1991). Hoewel kennis noodzakelijk is voor gedragsverandering, werd reeds gesteld dat het zeker geen voldoende voorwaarde is (Catania *et al.*, 1990).

Ontvankelijkheid

Ook de ontvankelijkheid voor gedragsverandering is een essentiële factor in de eerste fase. Men mag dit begrip niet verwarren met de kennis die men bezit over de overdrachtswijzen van het HIV. Sommige mensen, die toch op de hoogte zijn van de HIV-overdrachtswijzen, menen desondanks dat ze geen gevaar lopen op besmetting (Coates *et al.*, 1988). Ontkenning zou hierbij een rol kunnen spelen, evenals misschien een verwarring rond de beschermende functie van het afweersysteem (Gibson *et al.*, 1991).

Respons-effectiviteit

De mate waarin men een gedrag effectief acht als bescherming tegen een bedreiging van de gezondheid hoort thuis in de tweede fase. Vanaf het moment dat een drugsgebruiker erkent dat een bepaald gedrag problematisch is, zal hij/zij concrete stappen kunnen beginnen te overwegen om het risico op HIV-besmetting te verminderen (Gibson *et al.*, 1991).

Zelf-effectiviteit

De mate waarin een persoon gelooft dat hij/zij in staat is om bepaalde handelingen, die de gezondheid bevorderen, te ondernemen, is eveneens van belang in de tweede fase. Wanneer men over niet voldoende zelfvertrouwen beschikt wat betreft de eigen capaciteiten om zijn gedrag te veranderen, kan men in bepaalde situaties in de verleiding komen om dingen te doen, waarvan men weet dat ze de gezondheid ernstig bedreigen (Gibson *et al.*, 1991). Dit speelt parten zowel bij het niet uitvoeren van risicovolle handelingen (het afleren van slechte gewoontes) als bij het wel uitvoeren van handelingen die het risico kunnen verminderen (het aanleren van goede gewoontes) (Gibson *et al.*, 1991).

Communicatievaardigheden

Communicatievaardigheden zijn erg belangrijk in de laatste fase. Ze zijn vooral nuttig in situaties waarin anderen betrokken zijn bij het gezondheidsgedrag. Dit is bijvoorbeeld duidelijk het geval bij seksuele contacten. In dergelijke situaties moet men kunnen discussiëren met de partner over de risico's van dit gedrag. Ook bij het delen van spuiten, dat per definitie voorvalt met anderen, speelt deze factor een grote rol (Gibson *et al.*, 1991). Of, zoals het WHO (1988) het formuleerde,

"HIV transmission requires the active participation of two persons."

4.2. BEREIKBAARHEID VAN DRUGSGEBRUIKERS

De populatie van drugsgebruikers is een zeer moeilijk te bereiken doelgroep. Een deel van deze groep kan men vinden via de kanalen van de hulpverlening. Het aantal drugsgebruikers dat met de hulpverlening in contact komt, is echter slechts een deel van de totale drugsgebruikende populatie. Heel wat drugsgebruikers komen niet in aanraking met de hulpverlening (Donoghoe, 1991). In de meeste landen heeft slechts 10 % van de drugsgebruikers contact met de drugshulpverlening (Buning, 1993). Diegenen die hulp zoeken, zijn slechts een kleine minderheid van de drugsgebruikers, en vormen bovendien geen representatief staal van de doelgroep (Hartnoll, 1992). Dat deze hulpzoekers niet erg representatief zijn voor de totale groep van drugsgebruikers blijkt onder meer uit het feit dat in de hulpverleningscentra met een lagere drempel relatief meer HIV-besmette

drugsgebruikers te vinden zijn. Dit doet vermoeden dat onder de populatie die niet in aanraking komt met de hulpverlening er een hogere seroprevalentie bestaat (Peeters, 1990). Deze vermoedens worden versterkt door de bevindingen van Power *et al.* (1988). Zij stelden vast dat drugsgebruikers die niet in behandeling waren, significant meer en hoger risicogedrag vertoonden dan diegenen die wel in contact kwamen met de hulpverlening. Lart & Stimson (1989) vonden dat drugsgebruikers die niet met de hulpverlening in contact staan vaker injectiebenodigdheden delen, en een minder goede kennis bezitten over de wijze van HIV-overdracht en het voorkomen ervan. Drugsgebruikers die in contact staan met de hulpverlening leiden over het algemeen een gezonder en stabieler leven (Wiebel, 1991b). Daarom is het van wezenlijk belang dat er bij HIV-preventie ook en vooral aandacht gaat naar de drugsgebruikers die niet met de hulpverlening in contact staan. Ook op andere gebieden vonden onderzoekers verschillen tussen deze twee groepen (Vlahov & Polk, 1988; Rounsaville & Kleber, 1981). Zo observeerden Alcabes *et al.* (1992) bijvoorbeeld verschillen in hoe lang de subjecten reeds drugs spoten. Watters & Cheng (1991) stootten op verschillen in injectiefrequentie: de groep die nog nooit in behandeling was geweest, injecteerden veel frequenter dan de groep die wel al ooit in behandeling was geweest. Hoewel drugsgebruikers in behandeling dus een gemakkelijke bron van subjecten vormen, moet men voorzichtig zijn bij de interpretatie en de veralgemening van de resultaten die voortkomen uit dergelijke onderzoeken naar de hele populatie van drugsgebruikers toe (Samuels *et al.*, 1992).

Men kan zich de vraag stellen of die drugsgebruikers die zich niet wenden tot de traditionele drugshulpverlening eigenlijk wel hulp nodig hebben, of ze hun drugsgebruik niet onder controle hebben, in tegenstelling tot het problematische gebruik van mensen die wel hulp zoeken. Volgens een onderzoek van Hartnoll (1992) bestaat er een verschil tussen de drugsgebruikers die hulp zoeken en diegenen die dit niet doen. De mensen uit de eerste groep rapporteerden meer drugsgerelateerde negatieve levensgebeurtenissen en een hogere nood aan zorg en hulp, terwijl de tweede groep meer gebruik maakt van een variëteit van strategieën om hun drugsgebruik te controleren. Watters & Cheng (1991) vonden dat drugsgebruikers die niet in contact staan met de hulpverlening minder vaak spuiten delen en een betere naaldhygiëne bezitten.

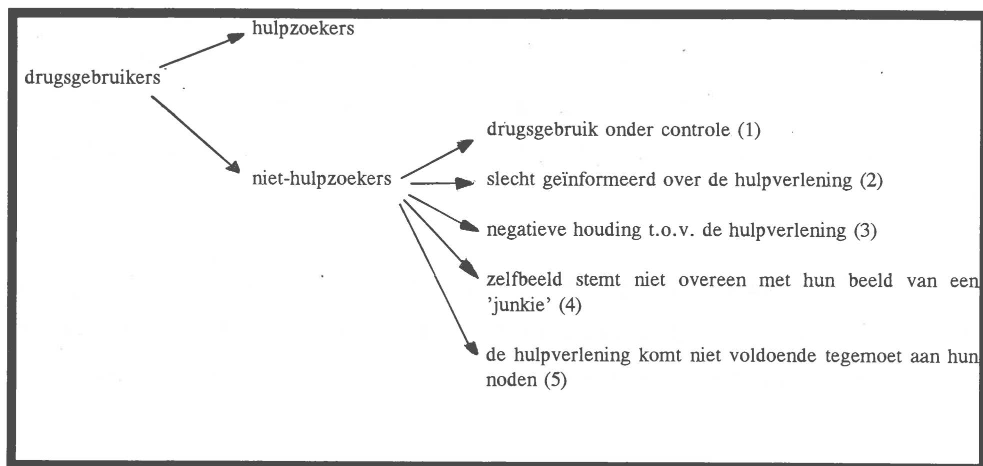
Anderzijds kan men vaststellen dat er ook een aanzienlijk aantal problematische drugsgebruikers bestaan die men zeer moeilijk kan bereiken, en die toch de grootste nood hebben aan enige vorm van hulpverlening. Vaak zijn zij slecht geïnformeerd over de mogelijkheden tot hulpverlening, die over het algemeen niet laagdrempelig genoeg is (Buning, 1993).

Tenslotte bestaat er een groep van drugsgebruikers die erg afwijzend zijn ten opzichte van de hulpverlening, omdat ze deze beschouwen als een deel van de maatschappij waartegen ze zich afzetten, of omdat ze zich niet willen identificeren met 'junkies'.

Daar de overgrote meerderheid onder de drugsgebruikers niet uit zichzelf naar de hulpverlening stapt, dringt een evaluatie van de hulpverleningsinstellingen zich op. Wanneer deze diensten willen tegemoetkomen aan de behoeften van hun doelgroep, moeten ze hun manier van werken radicaal veranderen (Hartnoll, 1990).

Buning (1993) stelt dat er te weinig aan 'marktonderzoek' werd gedaan in het veld van de drugshulpverlening. In plaats van uit te gaan van de noden en de behoeften van de gebruikers, ontwikkelden hulpverleners een systeem dat beantwoordt aan wat *zij* menen dat drugsgebruikers nodig hebben en verwachten vervolgens dat drugsgebruikers hun produkt 'kopen'. Het lage percentage van gebruikers dat daadwerkelijk gebruik maakt van de bestaande diensten getuigt dat deze aanpak zeker niet de meest lonende is.

In Figuur 5 worden al deze groepen nog eens schematisch weergegeven. De zogenaamde 'hulpzoekers' kan men - in tegenstelling tot de 'niet-hulpzoekers' - vrij gemakkelijk bereiken via de hulpverlening. Wat de 'niet-hulpzoekers' betreft, kan men redelijkerwijze veronderstellen dat het risicogedrag het grootst zal zijn in de categorieën (2), (3), (4) en (5). In een effectief HIV-preventiebeleid moet er bijgevolg extra aandacht besteed worden aan deze groepen van drugsgebruikers. Het is echter om verschillende redenen erg moeilijk om deze mensen te bereiken (WHO, 1989). Deze redenen zijn:
- heterogeniteit van de populatie
- illegaliteit
- preoccupatie om (geld voor) drugs te vinden.



Figuur 5: Classificatie van drugsgebruikers volgens hun houding ten opzichte van de hulpverlening

We lichten deze factoren even toe.

4.2.1. HETEROGENITEIT VAN DE POPULATIE

De groep van drugsgebruikers is zeker geen homogene groep. Gebruikers van illegale drugs worden nog steeds al te gemakkelijk op één hoop gegooid. Het gaat echter over een zeer heterogene groep waarbij de aard van de gebruikte middelen, de dosis, de frequentie van gebruik en de toedieningswijze zeer verschillend kunnen zijn (Casselman, 1993). Bovendien bestaan er, naast de interindividuele verschillen tussen drugsgebruikers, enorme verschillen tussen de submilieus onderling. Zelfs wanneer men enkel de drug*injectie*scene beschouwt, moet men vaststellen dat deze erg heterogeen is (Friedman *et al.*, 1992). Deze submilieus zijn soms gecorreleerd met het soort drugs dat gebruikt wordt. Bijvoorbeeld amfetaminegebruikers willen zich zeer duidelijk onderscheiden van heroïnegebruikers, waarop zij trouwens vaak neerkijken. Omgekeerd bestaat er eveneens een aversieve houding van heroïnegebruikers ten opzichte van amfetaminegebruikers. Doordat subgroepen onderling zelden met elkaar in contact komen, is het zeer moeilijk om preventieve boodschappen te laten verspreiden.

Dit kan geïllustreerd worden aan de hand van het COOL-project in Antwerpen, een initiatief van vzw Free Clinic, waarin men werkt met de sneeuwbalmethode en waarbij preventiepakketten worden uitgedeeld door drugsgebruikers.
Dit project kende succes, want op dit moment kent reeds een groot aantal drugsgebruikers in Antwerpen de bleekwatermethode. Dit werd eens te meer duidelijk tijdens de interviews in ontwenningscentra in het kader van ons onderzoek: diegenen die de bleekwatermethode kenden, kwamen steevast uit Antwerpen. Nochtans zijn er toch nog heel wat drugsgebruikers in Antwerpen die hiervan nog niet op de hoogte zijn, en dit is ten dele te wijten aan het feit dat de submilieus soms strikt gescheiden zijn en er nog niet voor elke subgroep al een contactpersoon is. Eén van die groepen die nog niet bereikt werden, zijn de jongere (16-18 jaar) injecterende amfetamine- en cocaïnegebruikers die zich in het moderne uitgaansleven bewegen, en die zich geenszins willen identificeren met 'junkies', maar die wel in zeer hoge mate risicogedrag stellen.

4.2.2. Illegaliteit

Hoewel dit vaak wordt geromantiseerd en overdreven, moet men zich toch goed realiseren dat de hele levenswijze van vele injecterende drugsgebruikers zich situeert in de illegale sfeer. Op de eerste plaats komt natuurlijk het drugsgebruik: elke dag weer heeft een drugsverslaafde een bepaalde dosis nodig van een illegaal produkt. De illegaliteit van deze drug drijft de prijs ervan de hoogte in. Over het algemeen hebben de injecterende drugsgebruikers echter weinig of geen bron van inkomsten. Het onder invloed zijn van drugs verhindert hen meestal om een vaste betrekking te hebben, en vaak zijn ze niet in orde met officiële documenten om te kunnen genieten van bijvoorbeeld een werkloosheidsuitkering. En zelfs indien ze over een dergelijk inkomen beschikken, is het meestal niet voldoende om hun drugsgebruik volledig te bekostigen. Door dit alles wordt de drugsgebruiker bijgevolg gedwongen om illegale activiteiten uit te oefenen zoals drugs dealen, diefstal, heling, en prostitutie. Hoewel zeker niet alle drugsgebruikers betrokken zijn in illegale activiteiten om hun drugsgebruik te bekostigen, blijft het drugsgebruik zelf natuurlijk wel een illegale bezigheid. De criminele sfeer waarin drugsgebruikers zich in mindere of meerdere mate bevinden, maakt het voor preventiewerkers extra moeilijk om met hen in contact te treden.

4.2.3. Preoccupatie met drugs

De afhankelijkheid van de drugs maakt dat drugsgebruikers elke dag een minimum hoeveelheid aan drugs moeten nemen om te voorkomen dat ze ziek zouden worden. Maar voor ze drugs kunnen gaan kopen, moet er 'geld gemaakt worden', moeten ze op één of andere manier aan geld zien te raken.

Het dagschema van een heroïnegebruiker ziet er als volgt uit: 's ochtends wordt hij wakker met een grote behoefte aan drugs. Terwijl de ontwenningsverschijnselen de kop beginnen op te steken, gaat hij op zoek naar de financiële middelen. Wanneer hij het nodige bedrag heeft bijeengesprokkeld, gaat hij op zoek naar een drugsdealer, wat ook nog heel wat tijd in beslag kan nemen.

Zo zijn drugsgebruikers een hele dag op stap, zwervend door de stad, zodat het niet altijd zo eenvoudig is om hen (bereid) te vinden voor een gesprek over Aids en risicogedrag.

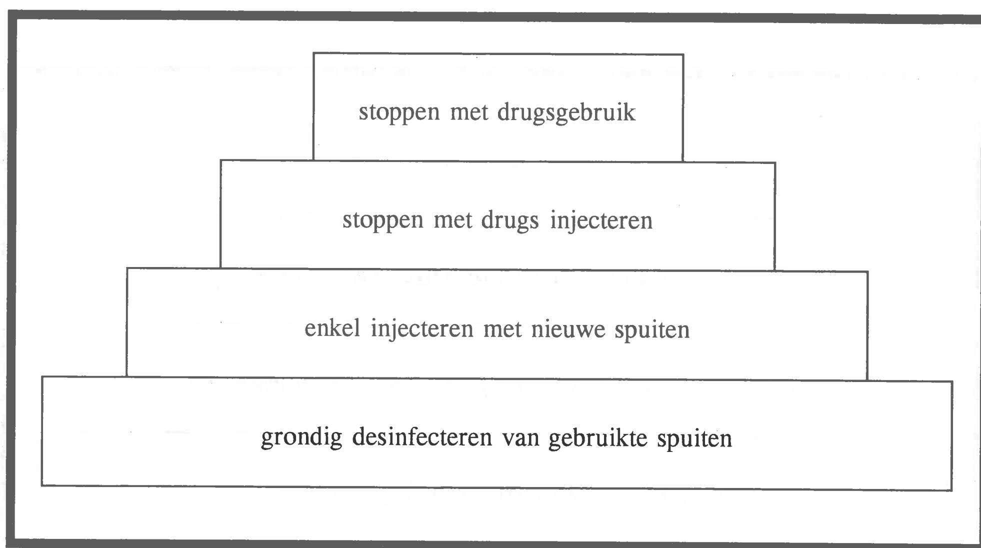
4.3. Preventie van riskant drugsgebruik

4.3.1. Van drugsvrij naar harm reduction als basisfilosofie

Daar het injecteren met een besmette spuit een erg efficiënte wijze voor HIV-overdracht is, sluit men dit gevaar uit door volledig te stoppen met drugsgebruik. Nochtans lijkt deze doelstelling zeker niet verwezenlijkbaar op grote schaal; vele drugsgebruikers kunnen of wensen hun drugsgebruik niet stop te zetten. Hoewel de controle over drugsmisbruik op lange termijn wel het objectief blijft, is de preventie van HIV-transmissie prioritair (WHO, 1989). Daarom lijkt het beter om ook aandacht te besteden aan meer realistische benaderingswijzen van het probleem. Dit kan wanneer men een hiërarchie van preventieboodschappen accepteert, die bestaat uit de volgende treden (Des Jarlais & Friedman, 1993):

* tracht te stoppen met drugsgebruik
* indien u toch drugs blijft gebruiken, probeer over te schakelen naar een andere wijze van inname dan injecteren, zorg er dan voor dat u steeds een nieuwe, ongebruikte spuit gebruikt;

* indien u geen nieuwe spuit bij de hand hebt, desinfecteer dan grondig een reeds gebruikte (figuur 6).



Figuur 6: Hiërarchie van HIV-preventieboodschappen voor drugspuiters

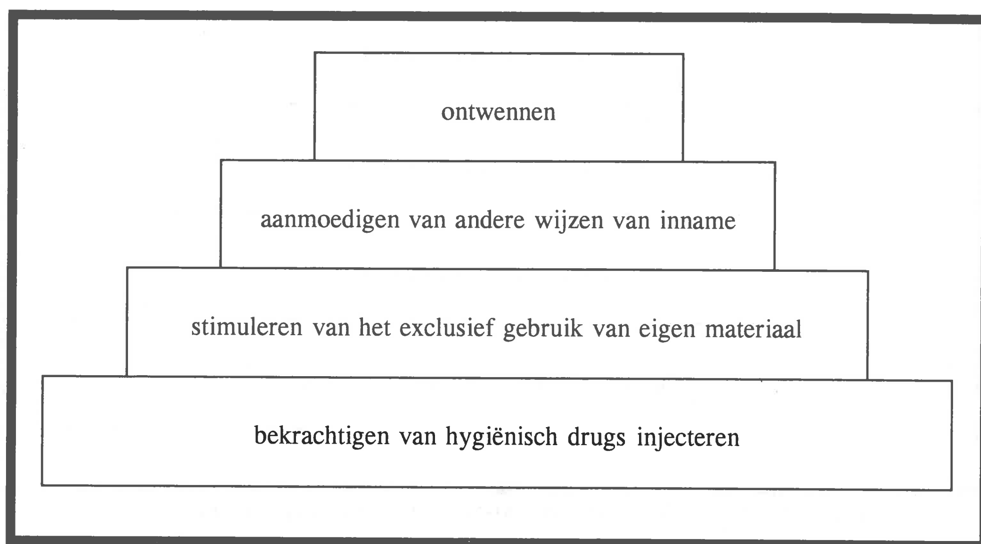
Het komt erop aan de drugsgebruiker oplossingen voor te stellen die voor hem realiseerbaar zijn. Stapsgewijs kan men de drugsgebruiker dan eventueel begeleiden bij het streven naar steeds hogere objectieven (Wiebel, 1992, persoonlijke communicatie).

Sorensen (1990) wijst erop dat het accent bij het geven van preventieboodschappen moet liggen op wat men daadwerkelijk kan doen in plaats van op wat niet mag. Wiebel & Levin (1992) vullen dit nog aan door te stellen dat het belangrijk is om een flexibel assortiment van alternatieve maatregelen, die het HIV-risico reduceren, aan te bieden. Hoe groter het aantal opties, des te groter wordt de kans dat de persoon er één van zal aanvaarden.

Figuur 7 stelt een hiërarchie van interventies voor die analoog is aan de hiërarchie van HIV-preventieboodschappen voor drugspuiters. De bestaande interventieprogramma's in binnen- en buitenland, die daarna worden besproken, kunnen hierin ondergebracht worden.

Watkins *et al.* (1988) onderscheiden twee grote types van interventies die Aids-preventie bij drugsgebruikers tot doel hebben:

* interventies in de drugshulpverlening
* outreach



Figuur 7: Hiërarchie van interventies analoog aan de hiërarchie van HIV-preventieboodschappen voor injecterende drugsgebruikers

Terwijl in de interventies in de drugshulpverlening zich beperken tot slechts één trede van het hierboven besproken hiërarchisch model van preventieboodschappen, namelijk het ontwennen, vertrekt de outreachbenadering van helemaal onderaan de piramide, waarbij geleidelijk aan steeds moeilijkere objectieven worden nagestreefd op het tempo dat de drugsgebruiker zelf verkiest.

4.3.1.1. Traditionele hulpverlening

Misschien is de meest aanvaarde strategie om de verspreiding van Aids onder de drugsgebruikende populatie om verslaafden aan te moedigen om te stoppen met injecteren en om in behandeling te gaan (Marmor *et al.*, 1984; NIDA, 1986; NAS, 1986). Dit heeft te maken met het feit dat deze populatie gemakkelijk toegankelijk is (Wiebel, 1991). Maar zelfs in de beste omstandigheden zal slechts een kleine minderheid van hen hun

drugsgebruik opgeven, en bovendien werkt het grootste deel van het bestaande behandelingscircuit voor drugsgebruikers nu reeds boven zijn capaciteit (Wiebel, 1988).

Een ander probleem is dat juist de drugsgebruikers die het meeste risicogedrag vertonen het minst waarschijnlijk het volledige ontwenningsprogramma uitdoen; de 'drop-out' is in deze groep veruit het grootst (Wiebel, 1991b). Drugsgebruikers die hun behandelingsprogramma volhouden zijn minder vaak betrokken in illegaal drugsgebruik en criminele activiteiten, hebben vaker een baan, en leiden op alle vlakken een gezonder en stabieler leven (Hubbard *et al.*, 1988). Vanwege hun lager drugsgebruik en hun gezondere en stabielere levensstijl komen drugsgebruikers die een ontwenningsprogramma volgen minder vaak in contact met gevallen van HIV-besmetting (Wiebel, 1991b).

Aidspreventie-initiatieven in de drugshulpverlening kunnen verschillende vormen aannemen: HIV-testen, Aidsvoorlichting en -preventieprogramma's, trainen van de staf, het verhogen van de capaciteit van het centrum, en het ontwikkelen en vermeerderen van de diensten. In de Verenigde Staten heeft men zich in de drugshulpverlening voornamelijk toegespitst op methadonbehandeling (zowel afbouwschema's als methadononderhoudsprogramma's) vanuit het uitgangspunt dat de meeste injecterende drugsgebruikers opiaatverslaafden zijn (Wechsberg, 1993).

In de drugshulpverlening in België kan men ontwennen met behulp van verschillende hulpverleningsvormen. Van Deun (1993) maakt een onderscheid tussen 'klassiek' medisch-psychosociale voorzieningen en de gespecialiseerde zorg. Onder de eerste categorie vallen de huisartsen, psychiaters en diensten geestelijke gezondheidszorg, algemene en psychiatrische ziekenhuizen, en sociale diensten van o.a. de gevangenis, het O.C.M.W., of het P.M.S. Tot de tweede groep behoren de drugsvrije therapeutische gemeenschappen, crisiscentra, en dagcentra.

In de praktijk moet de drugsgebruiker die wil ontwennen eerst kiezen of hij/zij ambulant dan wel residentieel wil behandeld worden. Wanneer men kiest voor ambulante therapie wordt meestal gestart met fysieke ontwenning met behulp van vervangingsprodukten (methadon, burgodin) en/of medicatie om de ergste ontwenningsverschijnselen

te onderdrukken en kan men op het centrum terecht voor psychologische begeleiding. Wanneer men in behandeling is bij de huisarts kan deze doorverwijzen voor de psychologische begeleiding, waarvoor hij geen opleiding kreeg. Denkt men het ambulant niet aan te kunnen, dan kan men zich laten opnemen voor een kortere (tot zes weken), middellange (vier maanden) of langere (ongeveer één jaar) periode. Afhankelijk van het centrum kan in de beginfase fysiek ontwend worden met behulp van vervangingsprodukten. Tegenwoordig kan men in sommige centra ook opteren voor één of meerdere modules (behandelingsfasen) zonder dat men het hele programma moet doorlopen.

Al deze mogelijkheden hebben, naast hun doelstelling, één ding gemeen. Men bereikt slechts een zeer beperkte en zeker geen representatieve groep van drugsgebruikers, namelijk diegenen die moeten of willen ontwennen (Donoghoe, 1991; Hartnoll, 1992; Buning, 1993). En zelfs indien je alle drugsgebruikers zou kunnen bereiken via de drugshulpverlening, dan nog is het hopeloos om te streven naar een drugsvrije maatschappij. Want als zelfs in een gesloten instelling, zoals een gevangenis, nog drugs te vinden zijn, is het utopisch te hopen op een samenleving zonder drugs (Buning, persoonlijke communicatie). Doelstellingen moeten realiseerbaar zijn. Ontwennen is slechts haalbaar voor een beperkte groep van drugsgebruikers; voor de meerderheid moet een andere strategie aangewend worden.

4.3.1.2. Harm reduction

'Harm reduction' is de benaming voor een realistische en pragmatische benadering van drugsgerelateerde problemen die erop gericht is om de nadelige consequenties van drugsgebruik zoveel mogelijk te reduceren. In plaats van deze term gebruikt men ook wel eens: 'damage limitation', 'risk reduction', of 'harm minimization' (Newcombe, 1992). De 'harm reduction'-benadering accepteert drugsgebruik als een feit, een realiteit in onze moderne samenleving dat gevolgen heeft voor de gezondheid, het sociale welbevinden en de wettelijke status van drugsgebruikers. Het is de benaderingswijze die het Nederlandse drugsbeleid getekend heeft tijdens het laatste decennium (Buning, Verveen & Zeilstra, 1993).

'Harm reduction' houdt ook een morele houding in ten opzichte van drugsgebruik (Mugford, 1993). Drugsgebruik op zich wordt geenszins gezien als juist of fout, maar wordt geëvalueerd in termen van schadeberokkening aan anderen, en tot op zekere hoogte, de schade die de drugsgebruikers zelf ondervinden. Dit laatste is te betreuren, maar aanvaardbaar wanneer het de keuze van een goed geïnformeerde drugsgebruiker is. Wetten zijn geschikt om schade aan derden te voorkomen en om de uitbuiting van gebruikers door producenten/dealers te verminderen, maar niet om op de eerste plaats geïnformeerd gebruik te verhinderen..

'Harm reduction' heeft een eigen kijk op drugsproblemen (Mugford, 1993). In deze benadering stelt men dat huidige drugswetten, die drugsgebruik verbieden, fout zijn. Men bereikt de beoogde doelen niet (namelijk een drugsvrije maatschappij), maar creëert in tegendeel een grote zwarte markt die voordelen oplevert voor de grote dealers, risico's voor de drugsgebruikers en die corruptie teweeg brengt in controlesystemen. Nochtans wil dit niet zeggen dat men pleit voor simplistische legalisatie. Immers, krachtige drugs kunnen serieuze schade berokkenen, zelfs wanneer ze legaal zijn (bijv. alcohol).

Hoewel 'harm reduction' alleszins geen nieuw perspectief is (Des Jarlais & Friedman, 1993; Berridge, 1993; O'Hare, 1992), begon dit concept pas eind van de jaren '80 meer en meer algemeen aanvaard te worden, onder druk van twee problemen. Ten eerste was er de stijgende bezorgdheid over de HIV-/Aidsverspreiding onder drugsgebruikers. Ten tweede groeide ook de overtuiging dat de bestaande hulpverleningsstrategieën om met drugsgebruik om te gaan niet toereikend zijn om alle drugsgebruikers te contacteren. Er ontstond de noodzaak om iets zeer concreets te ondernemen. De Aidsepidemie vraagt om snelle interventies, waarmee zoveel mogelijk individuen kunnen worden bereikt. Dit heeft ertoe geleid dat in heel wat andere landen de 'harm reduction'-filosofie het uitgangspunt is gaan worden voor de aanpak van drugsproblemen.

Hoewel een hele waaier van uiteenlopende initiatieven onder de noemer van 'harm reduction' vallen, bezitten ze toch allemaal dezelfde basiscomponenten (Des Jarlais & Friedman, 1993).

Eerst en vooral geeft 'harm reduction' de voorkeur aan pragmatische doeleinden op korte termijn boven idealistische doelen op lange termijn. Dit betekent dat in het drugsdomein HIV-preventie bij injecterende drugsgebruikers een pragmatische prioriteit heeft.

Ten tweede omvat 'harm reduction' een hiërarchisch gestructureerde verzameling van middelen waarmee men aan HIV-preventie bij injecterende drugsgebruikers wil doen. Deze hiërarchische-methoden-benadering maakt deel uit van het pragmatisme van 'harm reduction', maar heeft daarnaast een belangrijke bijkomende implicatie voor preventie-programma's. Het aantal alternatieve methoden inherent aan 'harm reduction' geeft aan dat terzelfdertijd een variëteit aan Aidspreventieprogramma's dienen geïmplementeerd worden, die complementair zijn, in plaats van te zoeken naar het politiek meest aanvaardbare programma of het enige 'beste' preventieprogramma.

Een derde en belangrijk aspect van de 'harm reduction'-benadering is de houding ten opzichte van drugsgebruikers. Volgens deze benadering beschouwt men illegale drugsgebruikers als volwaardige leden van de maatschappij, die recht hebben op respect, en die in staat zijn tot rationeel en altruïstisch gedrag, zonder daarom te ontkennen dat afhankelijkheid van drugs de vrije keuze beperkt. Daar onze maatschappij drugsgebruikers marginaliseert en stigmatiseert, verhoogt de probabiliteit dat drugsgebruikers anti-sociaal gedrag zullen stellen om hun drugsgebruik te funderen, en daalt de kans dat ze uit zichzelf naar de hulpverlening stappen, zodat we in een situatie belanden waarin drugsgebruik een groter probleem vormt dan nodig is en de negatieve gevolgen ervan voor onze samenleving toenemen (McDermott, 1992). Omdat drugsgebruik gecriminaliseerd wordt, en drugsgebruikers gemarginaliseerd, is het zeer moeilijk om naar veiliger drugsgebruik toe te werken. Omwille van deze redenen is het noodzakelijk om een progressief beleid ten opzichte van drugsgebruikers aan te nemen, een beleid dat ernaar streeft om drugsgebruikers te integreren in de maatschappij in plaats van hen te marginaliseren. Vanuit deze filosofie worden drugsgebruikers dan ook vaak actief betrokken bij Aidspreventie-initiatieven. De praktijk heeft ondertussen aangetoond dat drugsgebruikers een vooraanstaande rol kunnen spelen bij het plannen en het implementeren van Aidspreventieprogramma's (Des Jarlais & Friedman, 1993).

Sommigen zien 'harm reduction' als de antagonist van abstinentie, die als prioriteit het dalen van de incidentie en de prevalentie van drugsgebruik tot doel heeft (Newcombe, 1992). Tot op zeker hoogte is er hier sprake van een valse dichotomie (Friedman *et al.*, 1989). Beide werkwijzen zijn complementair, aangezien ze op verschillende treden van de hiërarchie van HIV-preventieboodschappen voor injecterende drugsgebruikers gericht zijn. Bovendien bereikt men met 'harm reduction'- methoden drugsgebruikers die anders uit de boot vallen, en zo worden deze drugsgebruikers vaak in contact gebracht met hulpverleningsdiensten. Met andere woorden, op een indirecte wijze helpt zo'n programma dan ook aan drugspreventie (Donoghoe, 1991).

1. Positieve en negatieve effecten van drugsgebruik

Newcombe (1992) formuleerde een conceptueel kader dat toelaat de doeleinden in verband met de reductie van de negatieve effecten van drugsgebruik en de interventies die hierop gericht zijn kan evalueren. Newcombe stelt namelijk dat zeer veel mensen de gevolgen van drugsgebruik louter als negatief beschouwen. Nochtans is het juister om te beweren dat het gebruiken van drugs resulteert in een complex patroon van negatieve, neutrale, en positieve effecten. Indien drugs uitsluitend negatieve effecten zouden hebben, zou niemand ooit drugs gebruiken. Het roken van tabak bijvoorbeeld verhoogt de concentratie, maar heeft een nefaste invloed op de longfunctie. Het oordelen of bepaalde gevolgen van drugsgebruik schadelijk, neutraal, of voordelig zijn, hangt af van de morele waarden van de beoordelaar.

Newcombe (1992) stelt dat een toename van de schadelijke effecten in dit opzicht overeenkomt met een afname van de voordelige gevolgen. Het is bijgevolg juister om te spreken over het optimaliseren van de gevolgen, wat zowel een vermindering van de negatieve effecten inhoudt als een vermeerdering van de positieve effecten. De meest praktische en goedkoopste manier om 'harm reduction'-interventies te evalueren bestaat erin om zich toe te spitsen op de risico's in plaats van op de gevolgen (negatieve en positieve). Newcombe (1992) pleit er echter voor om bij de evaluatie van dergelijke interventies meer nauwkeurig te werk te gaan door zowel de positieve als negatieve effecten in rekening te brengen.

NIVEAU \ TYPE	gezondheid	sociaal	economisch
individueel			
primaire groep			
samenleving			

Figuur 8: Classificatie van de gevolgen van drugsgebruik volgens Newcombe (1992)

Newcombe (1987) maakt een onderscheid tussen negen categorieën van gevolgen van drugsgebruik, die hij classificeert volgens twee dimensies (figuur 8). De eerste dimensie is de '**type**'-dimensie, waarin hij gezondheid, sociale gevolgen en economische implicaties onderbrengt. De tweede dimensie is de '**niveau**'-dimensie, waaronder de gevolgen op individueel vlak, op het niveau van de primaire relaties, en op het niveau van de samenleving geclasseerd kunnen worden.

De volgende voorbeelden illustreren dit conceptuele schema.
Levercirrose die werd veroorzaakt door excessief alcoholgebruik wordt volgens dit schema geclasseerd bij schade van individuele gezondheid. De stigmatisering van verwanten van drugsgebruikers hoort thuis bij sociale schade op het niveau van de primaire relaties. De kosten om de drugswet te bekrachtigen vallen onder de categorie economische schade op het niveau van de gemeenschap.

De hoofdbedoeling van dit model is om beleidsmensen en dienstverleners te helpen uitmaken welke nadelige gevolgen van drugsgebruik men wil reduceren zodat wetenschappelijke evaluatie mogelijk is. Bijvoorbeeld, de organisatie van een spuitenruil heeft in de eerste plaats de bedoeling om verdere verspreiding van het HIV tegen te gaan. Deze doelstelling kan geëvalueerd worden door middel van driemaandelijkse HIV-testen op vrijwillige basis. Een ander voorbeeld is de evaluatie van een lokale campagne die het

rijden onder invloed wil doen dalen. Dit is bijvoorbeeld mogelijk door zowel vóór de interventie als onmiddellijk erna en drie maanden nadien de ongevallenstatistieken te bestuderen. Newcombe (1992) voegt er nog aan toe dat een multidimensioneel schema, waarin onder meer wordt rekening gehouden met dosering, tijd en duur, meer accuraat zou zijn, maar het is vrijwel onmogelijk om met zo'n model interventies te evalueren.

2. Outreach

In de traditionele hulpverlening gaat men uit van de veronderstelling dat potentiële cliënten bij serieuze problemen (medisch, sociaal, psychologisch, ...) zich spontaan komen aanbieden. De doelgroep waar men zich naar richt, is de gehele bevolking. Verder is de klassieke hulpverlening gebaseerd op rationele gezondheidsmodellen, die stellen dat wanneer men mensen informeert er een verandering in attitude en gedrag zal optreden (Rhodes *et al.*, 1991a).

Outreach daarentegen is een werkmethode die werd ontwikkeld om marginale populaties toch te kunnen bereiken. In plaats van passief af te wachten totdat hulpvragers zelf naar de hulpverlener toestappen, zal de hulpverlener/preventiewerker zelf het initiatief nemen en de doelgroep in zijn eigen milieu gaan opzoeken.
De theoretische basis van outreach-interventie is het ontwikkelen en onderhouden van rechtstreeks contact met moeilijk te bereiken individuen of groepen, met de bedoeling om risicogedrag positief te beïnvloeden. Deze strategie bevordert de flexibiliteit van de interventies omdat deze gestoeld zijn op een directe feedback vanuit de subcultuur.

Omdat illegale drugsgebruikers niet effectief genoeg kunnen bereikt worden via de conventionele HIV-preventiestrategieën van gezondheidsopvoeding en -promotie of via drugshulpverleningscentra verkiest men meer en meer de outreach-strategie om deze populatie te contacteren (Rhodes *et al.*, 1991a).

Rhodes *et al.* (1991b) definieerden het begrip binnen de context van HIV-risicogedrag als volgt:

> "Outreach may be defined as a community-oriented activity with the overall aim of facilitating improvement in health and reduction in the risk of HIV transmission for individuals and groups from particular populations who are not effectively reached by existing services or through traditional health education channels."

Om deze doeleinden te bereiken, gaat men uit van de lacunes in de bestaande dienstverlening en probeert men die op te vullen door efficiënte gezondheidseducatie te ontwikkelen en diensten op te richten voor populaties die tot dan toe nog niet adequaat bereikt werden. Outreach gericht op HIV-preventie kan tot twee doelgroepen gericht zijn:
(1) individuen of groepen die kwetsbaar zijn voor HIV-infectie ten gevolge van specifieke gedragingen die ze stellen (bijv. injecterende drugsgebruikers en prostitué(e)s);
(2) populaties die niet in de eerste plaats gedefinieerd worden in termen van risicogedrag maar waarvan men meent dat ze een verhoogd risico lopen omdat de gezondheidsopvoeding hen niet kan bereiken via de bestaande kanalen (bijv. jonge mensen en etnische minderheden).

Rhodes *et al.* (1990) maken een onderscheid tussen onafhankelijke outreach ('detached') en geassocieerde outreach ('peripathetic').
Onder *onafhankelijke outreach* verstaan zij het werken zonder enige band met een hulpverleningsdienst, zoals bijv. op straat, in café's, in clubs, in kraakpanden, ... Deze manier van werken kan twee doelen hebben: enerzijds het rechtstreeks beïnvloeden van risicogedrag in het milieu door het verspreiden van informatie en van preventiemateriaal zoals steriele naalden, bleekwater, condooms en glijmiddelen; anderzijds het indirect bewerkstelligen van verandering door individuen door te verwijzen naar de hulpverlening. De balans tussen deze twee doelstellingen varieert van project tot project.
Geassocieerde outreach is voornamelijk organisatorisch gericht: het houdt het werk in diensten en instellingen zoals gevangenissen, jeugdclubs, scholen, ... Dit soort van werk legt een grotere nadruk op het vergroten van het aantal mensen dat men bereikt met behulp van gezondheidsopvoeding, op het uitbreiden van hun kennis over de bestaande hulpverlening, en op de vorming van personeel (figuur 9).

Hoewel in dit schema veruit de meeste outreach-initiatieven passen, zijn er toch die hierbuiten vallen. Zo zijn spuitenruilprogramma's meestal niet actief bezig met het typische outreach-werk, maar slagen ze er wel in om mensen te bereiken die voordien

	O U T R E A C H	
	onafhankelijke	**geassocieerde**
locatie	op de straat, in café's, in kraakpanden, ...	organisaties, gevangenissen, spuitenruil, hotels, ...
objectieven	direct: een verandering in de gemeenschap; indirect: drugsgebruikers doorverwijzen naar hulpverlening	het vergroten van het bereik van het aantal mensen die men ziet in de hulpverlening

Figuur 9: Het outreach-model van Rhodes *et al.* (1990)

niet in contact kwamen met de bestaande hulpverlening (Stimson *et al.*, 1988). Toen in het buitenland de eerste spuitenruilprojecten aanvankelijk werden opgestart, waren dit zeer vernieuwende initiatieven om gemakkelijker injecterende drugsgebruikers te bereiken en gedragsverandering te bewerkstelligen. Wat tóen als outreach in de letterlijke zin van het woord is begonnen, is ondertussen uitgegroeid tot geïnstitutionaliseerde structuren.
Andere strategieën die het toelaten om moeilijk te bereiken populaties te contacteren, zoals de verhoogde beschikbaarheid van spuiten en naalden in apotheken (Glanz *et al.*, 1989), of het verdelen van condooms in winkels en café's, kan men eveneens onder de brede noemer van outreach brengen.

Hoewel HIV-preventie door middel van outreach relatief jong is, is de outreach-methodiek geenszins nieuw. Outreach werd in het verleden vanuit verschillende achtergronden georganiseerd. Rhodes *et al.* (1991a) vermelden vijf domeinen waarin vanuit een outreach-benadering werd gewerkt:

<u>(1) Sociale en politieke hervormingen</u>

In dit kader is outreach ontwikkeld vanuit de 19de-eeuwse filantropische en paternalistische pogingen om emotionele en praktische steun te bieden aan sociaal gemarginaliseerde populaties. Een voorbeeld hiervan is het Leger des Heils, dat zich inzette in wijken waar

zelfs de politie zich niet waagde. Meer recent houden groepen, die zich inzetten voor behoeftigen en daklozen, zich eveneens bezig met een meer politieke dimensie, zoals bijvoorbeeld het lobbyen voor veranderingen in de wetgeving.
Vanuit deze hoek ligt het accent meer op actie dan op onderzoek, hoewel actiegericht onderzoek een belangrijk instrument blijft om aan te tonen dat actie resultaat kan opleveren.

(2) Volksgezondheid

Outreach in het kader van volksgezondheid is epidemiologisch en medisch. Centraal staat het verzamelen van kwantitatieve epidemiologische en gedragsgegevens.
Reeds in de 19de eeuw deed men aan 'contact tracing' als respons op heersende epidemieëen. 'Contact tracing' bestond erin om enerzijds te zoeken naar de weg via de welke een infectie zich verspreidde, en anderzijds om individuen op te sporen die risico liepen om besmet te raken of anderen te besmetten. Op basis van deze gegevens kon men dan interveniëren.

(3) Jeugd

Outreach met gemarginaliseerde of kwetsbare jongeren als doelgroep is meer actiegericht dan onderzoeksgericht. Het is niet-medisch en anti-autoritair. Centraal staat het waarborgen van de autonomie en de anonimiteit van de jongere.

(4) Etnografisch onderzoek

Outreach in etnografisch onderzoek is bijzonder waardevol wanneer het wordt gecombineerd met epidemiologische methoden, omdat het een geïntegreerde strategie oplevert voor outreach-preventie en onderzoek. Het combineren van deze twee methoden in het kader van HIV-preventie is vooral populair in de Verenigde Staten (Wiebel, 1988). In dit type van onderzoek kunnen etnografen/veldwerkers worden ingezet als outreach-werkers.

(5) Zelfhulporganisaties

Zelfhulpgroepen zijn per definitie non-professionele organisaties die ontwikkeld zijn vanuit de doelgroep zelf als antwoord op de (vermeende) tekorten in de hulpverlening. De nadruk ligt dan ook op actie.

Niet alle zelfhulp maakt gebruik van outreach. Dit is enkel het geval wanneer de zelfhulpgroep diensten ontwikkelt die niet (kunnen) bestaan in de hulpverlening.

3. Het aanmoedigen van andere wijzen van gebruik

Aangezien de meeste injecterende drugsgebruikers niet van de ene dag op de andere kunnen of willen stoppen met hun drugsgebruik, kan men de doelstellingen een stapje verlagen en trachten hen ertoe te brengen om dan in ieder geval het injecteren te laten. De meest populaire injecteerbare drugs in ons land zijn heroïne, cocaïne en amfetamines. Voor alle drie bestaan er alternatieve wijzen om deze drugs te gebruiken. Heroïne kan men chinezen (d.i. het verhitten van de drug op een stukje aluminiumfolie en met een buisje de dampen opsnuiven), snuiven, of slikken, cocaïne kan worden gesnoven, gechineesd of 'ge(free)based' (d.i. het roken in een speciaal pijpje), en amfetamines worden ook gesnoven of geslikt.

De wijze waarop men een bepaalde drug tot zich neemt, is ten dele bepaald door (sub)culturele factoren. In Aziatische culturen bestaat er een echt taboe op het binnendringen van het lichaam met een vreemd voorwerp zoals bijvoorbeeld een spuit. Bijgevolg wordt in Westerse landen in verhouding veel meer gespoten dan in Oosterse landen. In Nederland bestaat een unieke situatie: er leven daar een relatief groot aantal Surinamers. Surinamers bezitten een centrale positie en een hoge status binnen het drugsmilieu, waardoor hun attitude ten opzichte van drugs injecteren een invloed uitoefent op de wijze van drugsgebruik in Nederland (Grund *et al.*, 1991).

Een recente studie van Grund *et al.* (1992a) vond dat slechts een minderheid van de heroïnegebruikers (23%) in Rotterdam hun drugs spuit. Dit heeft te maken met de manier waarop men in Nederland het drugsprobleem aanpakt. Door de niet-repressieve benadering is er een stabiele beschikbaarheid van drugs, de prijzen zijn matig en de kwaliteit van de straatheroïne in Nederland veel constanter: de straatheroïne bestaat uit ongeveer 30 tot 50% zuivere heroïne. De onderzoekers vergelijken deze situatie met de situatie in de Bronx, in New York. Daar is de markt heel wat minder stabiel, wat een invloed heeft op zowel de prijs als de zuiverheid (die varieert van 1% tot bijna 75%;

Frank *et al.*, 1990). Omwille van deze economische factoren wordt er in de Bronx veel meer gespoten dan in Nederland. Dit wordt bevestigd door de bevindingen van Des Jarlais *et al.* (ongepubliceerde gegevens, geciteerd in Strang *et al.*, 1992), die een verband blootleggen tussen de toename in zuiverheid/afname in prijs van de straatheroïne in New York en de toename in het aantal gebruikers die heroïne snuiven.

Ook het type van de drug speelt een rol bij de wijze van inname. Sommige van de verscheidene illegaal geïmporteerde heroïnesoorten lenen zich helemaal niet tot roken. Zo kan men Chinese heroïne het beste injecteren, terwijl Iraanse heroïne beter gerookt kan worden (Huizer, 1987).

Nog een andere factor die een invloed uitoefent op de wijze van drugsgebruik is het bestaan van individuele verschillen in gevoeligheid: verschillende meningen, emoties en drugsgerelateerde effecten spelen hierbij een rol (Grund *et al.*, 1988). Bijvoorbeeld, sommige gebruikers vinden gemakkelijk een bloedvat en kunnen bijgevolg in grotere groepen injecteren, terwijl anderen zich moeten terugtrekken op een rustiger plekje om een ader te kunnen vinden. Het effect van de drug speelt hierin ook mee: wanneer men cocaïne gebruikt, stijgt immers de gevoeligheid voor allerlei soorten prikkels en zal de gebruiker zich vlugger moeten isoleren van de anderen. Bovendien is het effect van cocaïne veel vlugger uitgewerkt dan het effect van heroïne, waardoor de gebruiker een groter aantal 'shots' nodig heeft. Omdat de cocaïnegebruiker veel vaker spuit, zullen zijn aders vlugger verharden, waardoor het moeilijker wordt om een ader te raken. Doordat hij verschillende keren moet prikken alvorens goed te zitten, raakt de naald vlug bot. Dan is het soms nodig om meer dan één spuit te gebruiken om één 'shot' te zetten. Het injecteren van cocaïne geeft ook gemakkelijker irritaties en ontstekingen van de huid. Zo kan het gebeuren dat een drugsgebruiker soms genoodzaakt is om een tijdje over te schakelen op een andere wijze van gebruik. Het valt ook voor dat een andere gebruiker een 'shot' zet op een plaats waar de gebruiker zelf niet aan kan.

Studies toonden aan dat de subjectieve en objectieve effecten van de drug tot op zekere hoogte variëren met de wijze van gebruik (Grund *et al.*, 1988). Gossop *et al.* (1992) vonden een verband tussen de graad van afhankelijkheid van heroïne en cocaïne en

de wijze waarop men die drug tot zich neemt. In hun onderzoek was het injecteren gecorreleerd met een hogere afhankelijkheid in vergelijking met het roken van heroïne, en dit was ook het geval wanneer de dosis en de duur van gebruik gecontroleerd werden. De onderzoekers vonden geen verschil tussen het roken of het injecteren van cocaïne wat betreft de graad van afhankelijkheid, maar wel tussen het snuiven van cocaïne en het injecteren of roken van het produkt. Het nasale gebruik van cocaïne was gecorreleerd met significant minder afhankelijkheid.

3.1. Methadononderhoudsbehandeling[3]

De meest verspreide wijze om injecterende drugsgebruikers te doen overschakelen naar een andere wijze van drugsgebruik is het voorschrijven van methadononderhoud. Deze methodes gebruikt men vooral in de Verenigde Staten (Ball & Ross, 1991; Batki & London, 1991). In Europa verschilt de politiek ten aanzien van methadon aanzienlijk tussen de landen onderling. Zo bestaat er in Groot-Brittannië, Nederland en Zwitserland een grote variëteit van methadonprogramma's, terwijl in Frankrijk, Noorwegen en België methadon enkel onder zeer beperkt voorwaarden te verkrijgen is (Strang, 1990; Buning, 1990; Buning, 1993).

In België werd op 9 juli 1992 door Lallemand een voorstel tot wetswijziging ingediend voor de wet betreffende het verhandelen van de gifstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica van 1921, en die voor het laatst werd aangepast in 1975. Volgens deze wet bevindt een arts die methadon (of een ander vervangingsprodukt) voorschrijft als ontwenningstherapie op het scherp van de snee. Er wordt immers melding gemaakt van het 'specifieke artsendelict' (Boutemans & Luyten, 1981):

> " ... worden bestraft de beoefenaars van de geneeskunde, van de diergeneeskunde of van een paramedisch beroep die *misbruik maken* van het voorschrijven, toedienen of afleveren van geneesmiddelen die slaapmiddelen, verdovende middelen of psychotrope stoffen bevatten welke afhankelijkheid kunnen teweeg brengen, onderhouden of verergeren." (art. 3) (onze cursivering)

---

[3]Naast methadon worden ook andere produkten (temsegic, burgodin, ...) gebruikt ter vervanging van opiaten.

Het misbruik maken moet hier bewezen zijn. De arts behoudt zijn therapeutische vrijheid in zijn beoordeling. Het voorstel van Lallemand betreft de volgende toevoeging aan dit artikel:

> "De behandeling met vervangingsmiddelen door een beoefenaar van de geneeskunde mag niet worden gestraft volgens het vorige lid."
> "*Artikel 3bis*.- Voor de toepassing van deze wet wordt onder "behandeling met vervangingsmiddelen" verstaan elke behandeling die bestaat in het voorschrijven, toedienen of afleveren aan een verslaafde patiënt van verdovende middelen bij wijze van een geneesmiddel, ten einde diens gezondheid en levenskwaliteit, in het kader van een therapie, te beschermen en met het uiteindelijke doel die patiënt te ontwennen."

Dus, hoewel deze wetswijziging al een hele vooruitgang betekent, zal methadon*onderhoud* nog steeds niet legaal zijn in België.

Naast het positieve effect op risico's van Aids en andere ernstige ziekten, zoals hepatitis, bestaan er een aantal extra argumenten die pleiten voor methadononderhoud:

- Zo treedt er een *verbetering van de algemene gezondheidstoestand* op van de gebruikers. Het gaat hier immers om een medische behandeling van en om de toediening van produkten waarvan de samenstelling wordt gecontroleerd, terwijl de illegaal verkochte substanties vaak gevaarlijk zijn wegens hun onzuiverheid. Dit wordt aangetoond door medische studies (Matot & Zombek, 1991);
- Onderzoekers hebben aangetoond dat methadononderhoud een normaliserende invloed uitoefent op het immuunsysteem (Novick *et al.*, 1986; Kreek, 1989; Des Jarlais *et al.*, 1985);
- Het doet de *drugsgerelateerde criminaliteit* dalen (Newcombe, 1992). Zware drugsverslaafden hebben maandelijks vaak 100 000 BF of meer nodig om in hun gebruik te kunnen voorzien. Volgens het Ministerie van justitie zijn bijna 50% van de gedetineerden geïnterneerd omwille van misdrijven die van dichtbij of van ver te maken hebben met drugs;
- Een aantal van de *bijwerkingen van het gebruik van opiaten* of van ontwennen zonder begeleiding worden teniet gedaan, waardoor de sociale integratie mogelijk wordt;

- De verslaafde krijgt de mogelijkheid om opnieuw een *beroep* uit te oefenen;
- De *affectieve beleving en de sociale relaties* normaliseren.

Met andere woorden, het leven van de heroïnegebruiker normaliseert en stabiliseert.

Nochtans is methadononderhoud niet dè zaligmakende oplossing:

- Eerst en vooral is methadon een vervangprodukt voor opiaten, m.n. heroïne, terwijl ook andere drugs geïnjecteerd kunnen worden. En juist deze andere injecteerbare drugs (cocaïne, amfetamines) gaan over het algemeen gepaard met verhoogd HIV-risicogedrag vanwege hun stimulerende invloed;
- Een bijkomend probleem is dat een aantal opiaatverslaafden die methadon voorgeschreven krijgen daarnaast cocaïne gaan gebruiken, wat een nefaste invloed heeft op het risico voor HIV-infectie (Buning, 1993);
- De ontwenningsverschijnselen van methadon duren langer dan die van heroïne. De halfwaardetijd van methadon is veel groter dan voor heroïne, maar de ontwenningsverschijnselen zijn veel minder hevig. Sommige heroïnegebruikers verkiezen een 'korte, hevige pijn' boven een 'langgerekte kwelling' (Marks, Palombella & Newcombe, 1991);
- Lang niet elke drugsgebruiker verlangt naar een gewoon leven, buiten de illegale sfeer. Velen zijn de marginaliteit gewoon, en zijn er zelfs aan gehecht. Men mag niet vergeten dat er toch wel drugsgebruikers zijn die juist omwille van de aantrekkingskracht van de subcultuur van het drugsmilieu begonnen zijn met drugs te gebruiken.

3.2. Rookbare drugs

Injecterende drugsgebruikers die wel het injecteren willen opgeven, maar niet hun drugsgebruik hebben gewoonlijk slechts één alternatief in de drugshulpverlening: orale methadon voor opiaatgebruikers of (in sommige centra) orale amfetamines voor amfetaminespuiters.

Voor illegale drugsgebruikers zijn snuiven en roken acceptabele wijzen van gebruik in tegenstelling tot orale preparaten, waarvan ze soms misselijk worden en

waarvan hen de smaak niet bevalt. Sinds 1989 schrijft men in de drugsontwenningscentra in Liverpool rookbare heroïne, methadon-, cocaïne-, en amfetaminesigaretten voor met de bedoeling om injecterende drugsgebruikers te helpen overschakelen naar andere wijzen van drugsgebruik dan injecteren (Marks, Palombella & Newcombe, 1991). Het roken van drugs heeft één groot voordeel ten opzichte van de nasale consumptie als alternatief voor injecteren: de drug werkt ongeveer even snel als bij het injecteren.

Eén van de belangrijkste redenen waarom injecterende drugsgebruikers het injecteren niet graag opgeven is de zgn. 'rush' (een versnelde, intense werking van het produkt). Deze 'rush' wordt het dichtst benaderd wanneer men de drug rookt.

Voor het project in Liverpool wordt in een farmaceutisch bedrijf de voorgeschreven drug opgelost in chloroform, en wordt deze oplossing vervolgens geïnjecteerd in kruidensigaretten (wanneer de gebruiker dit verkiest, kunnen hiervoor ook tabaksigaretten worden gebruikt die hij dan zelf bezorgt aan de apotheker). De chloroform verdampt na enkele minuten, en de drug blijft achter. Dit procédé geeft het sigarettenpapier een groene kleur, waardoor het verschil met een gewone sigaret goed zichtbaar is. Men noemt zo'n sigaret een 'reefer' (het idioom voor een marihuanasigaret). Omdat tot twee derde van de drug kan verloren gaan langs de zijkant van de reefer of omdat men niet goed inhaleert, zijn de dosissen in de voorschriften wat hoger dan gewoonlijk het geval is bij het voorschrijven van drugs.

De eerste resultaten van het onderzoek waren alvast erg positief. Geen van de cliënten is terugvallen in spuitgedrag, hun gezondheid is opmerkelijk verbeterd, hun relaties zijn stabieler, en partners en familieleden zijn opgelucht. Daar de meeste injecterende drugsgebruikers toch al roken, is het verhoogde risico op gezondheidsproblemen ten gevolge van het roken verwaarloosbaar, vooral wanneer men het vergelijkt met de risico's die gepaard gaan met drugs injecteren.

3.3. Andere manieren om de wijze van gebruik te beïnvloeden

In Amsterdam bestaat er een organisatie rond gezondheid en preventie voor en door drugsgebruikers, 'Mainline' genoemd. Deze organisatie werkt vanuit de aanvaarding van drugsgebruik, en wil de subcultuur beïnvloeden. Mainline opereert onafhankelijk van sociale of gezondheidsorganisaties en maakt gebruik van diverse methoden zoals het uitgeven van een magazine, pamfletten, veldwerk, ... In het kader van Aidspreventie werd eens in een nummer van het magazine een stukje zilverpapier bij ingestoken, met de boodschap aan drugsgebruikers om heroïne te chinezen in plaats van te injecteren (P. Blanken, persoonlijke communicatie).

Loimer (1992) merkte op dat, terwijl de seroprevalentie onder injecterende drugsgebruikers in Oostenrijk in de periode 1988-1989 een explosieve stijging kende, de HIV-infectie bij injecterende drugsgebruikers in Wenen erg laag bleef. Hij schrijft dit toe aan twee verschillende factoren. Enerzijds is er een hoog percentage van injecterende drugsgebruikers die uitsluitend steriele injecteren en naalden gebruikt, anderzijds is het daar de gewoonte onder heroïnegebruikers om in tijden van heroïneschaarste opiumthee te drinken. Deze opiumthee is een extract van gedroogde papaverbollen (klaprozen; wij kennen dat hier onder de naam 'maanzaad', bij veel bakkers op zondag te vinden op broodjes), dat een zekere hoeveelheid aan werkzame stoffen bevat die ook te vinden zijn in ruwe opium. Sommige opiaatverslaafden in Wenen gebruiken hun drug zelfs exclusief in deze vorm. Aangezien de beschikbaarheid van opiaatsubstituten die niet geïnjecteerd worden de hoog-riskante gedragingen bij drugspuiters serieus doet afnemen, kan gedacht worden aan het stimuleren van het gebruik van dergelijke substituten bij individuen die reeds drugs injecteren en die niet in staat zijn om te stoppen met hun gebruik.

In New York startte de Narcotic and Drug Research Inc. (NDRI) in 1987 een programma om te voorkomen dat drugsgebruikers zouden beginnen met drugs te injecteren: het 'Sniffer Project' (Des Jarlais *et al.*, 1987a). In gebieden waar drugs injecteren veel voorkomt gebeurt het immers vaak dat bij de eerste injectie spuiten en andere benodigdheden gemeenschappelijk worden gebruikt met ervaren drugspuiters (Des Jarlais *et al.*, 1986a), met de nodige risico's vandien. In dit programma leert men de potentiële

injecterende drugsgebruikers sociale vaardigheden aan om situaties te vermijden waarin men zou kunnen onder druk komen te staan om toch te injecteren. Daarnaast verschaft men hen informatie over de medische en sociale consequenties van drugs injecteren om hen te motiveren om injecteren te vermijden.

4. Beschikbaarheid van steriele spuiten

Voor vele drugsgebruikers is het niet zo eenvoudig om het injecteren op te geven. Aidspreventie-initiatieven gericht op injecterende drugsgebruikers moeten er rekening mee houden dat stoppen met injecteren niet steeds realistisch is. Daarom is het nodig dat men nog andere alternatieven kan aanbieden die het drugs injecteren minder riskant maken.

Wanneer men toch blijft verder drugs injecteren, kan dit het veiligst wanneer men uitsluitend nieuwe, steriele spuiten gebruikt. Indien men wil bekomen dat alle drugsgebruikers dit doen, moeten op de eerste plaats spuiten gemakkelijk verkrijgbaar zijn. In Nederland werkt de politie hieraan zelfs mee. Wanneer bij routinecontroles Rotterdamse of Amsterdamse politieagenten een spuit in iemands bezit vinden, vervangen ze die automatisch door een steriele spuit (Grund *et al.*, 1992a).

Hoewel het zich vrij kunnen aanschaffen van steriele spuiten de beschikbaarheid beïnvloedt, spelen er toch nog een heleboel andere factoren mee, zoals de geografische distributie van het produkt, de prijs per eenheid, enzovoort (Strang, 1993).

4.1. Apothekers

De voornaamste - en in België zelfs de enige - verdelers van insulinespuiten (het soort spuiten dat door injecterende drugsgebruikers gebruikt wordt) zijn vanzelfsprekend de apothekers. De rol van apothekers is de verdeling van medicatie en alle hulpmiddelen die de gezondheid en het welzijn verbeteren. Vaysette, vice-president van het 'Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens', beschouwt Aidspreventie volgens de ethische verantwoordelijkheid van de apothekers daarom als een prioritaire doelstelling (1989).

In heel wat landen is de verkoop van spuiten in apotheken vrij. Dit is ook het geval in België. De insulinespuit heeft in ons land, net zoals in Frankrijk, het statuut van geneesmiddel en mag bijgevolg uitsluitend in apotheken verkocht worden. Men heeft echter geen voorschrift nodig om spuiten te kopen, zoals dit het geval is in bijvoorbeeld Zweden (Des Jarlais & Friedman, 1992).

De verdeling van spuiten via apothekers heeft enkele onmiskenbare voordelen (Des Jarlais & Friedman, 1992). Men vindt overal apotheken, die gedurende de hele dag (tijdens de week) spuiten kunnen verkopen. Apotheken in grote steden hebben bovendien een anoniem karakter. Het gebruik maken van het reeds aanwezige netwerk van apotheken voor de verdeling van spuiten onder injecterende drugsgebruikers impliceert relatief lage opstartkosten voor deze strategie.

Nochtans is het voor de apotheker niet altijd even aangenaam om injecterende drugsgebruikers over de vloer te krijgen.

- 's nachts en tijdens de weekends: apothekers worden op elk moment van de dag of van de nacht benaderd voor spuiten; vaak worden zij 's nachts hiervoor uit hun bed gezet;
- overlast: in wijken waar veel injecterende drugsgebruikers rondhangen krijgen de apotheken in verhouding tot andere apotheken relatief veel drugsgebruikers over de vloer. Dit kan bij de buurtbewoners en bij de apotheker zelf een onveilig gevoel teweeg brengen;
- simulatie: soms probeert men medelijden op te wekken door pijn voor te wenden of doet men alsof men een gedienstige tussenpersoon is voor een hulpeloos oudje;
- fraude: het gebruik van gestolen voorschriften of het vervalsen van voorschriften;
- geweld: wanhopige drugsgebruikers die ziek zijn door hun gedwongen ontwenning (omdat ze geen drugs meer hebben) dreigen soms met geweld in de hoop op die manier aan drugs te geraken; apothekers worden ook regelmatig overvallen (Vaysette, 1989).

Voor de drugsgebruiker zelf bestaan er serieuze hinderpalen om naar een apotheek te gaan voor spuiten:

- heel wat drugsgebruikers willen niet als injecterende drugsgebruiker geïdentificeerd worden;

■ het gebeurt regelmatig dat apothekers weigeren om spuiten te verkopen aan personen van wie ze vermoeden dat het drugsgebruikers zijn, of - indien ze niet weigeren te verkopen - dan willen ze toch enkel een pakje van tien verkopen;

■ drugsgebruikers die genoodzaakt zijn om 's nachts of tijdens de weekends naar de apotheek te gaan om spuiten, moeten extra betalen;

■ het komt voor dat de vijandigheid van sommige apothekers de drugsgebruiker afschrikt (Hawks, 1993).

4.2. Spuitenruil

Naast de verdeling van spuiten via apotheken bestaat een andere, zeer vaak gebruikte wijze van spuitendistributie, namelijk spuitenruil (Des Jarlais & Friedman, 1992). Een spuitenruilprogramma voorziet injecterende drugsgebruikers van nieuwe spuiten op voorwaarde dat ze hun gebruikte spuiten terug inleveren: voor elke gebruikte spuit kunnen ze een steriele spuit krijgen. Zo stimuleert men de drugsgebruikers om hun spuiten slechts één keer te gebruiken en om ze zeker niet gemeenschappelijk te gebruiken.

Tegenstanders van spuitenruil gebruiken als belangrijkste argument dat men via deze weg het injecteren van drugs stimuleert en dat het drugsvrije behandelingen zou ondermijnen. Ondertussen hebben reeds talloze onderzoeken aangetoond dat dit helemaal niet het geval is (Buning, 1988; Hartgers *et al.*, 1989; De Jong, 1990; Des Jarlais *et al.*, 1992 ; Des Jarlais & Friedman, 1992 ; Donoghoe, 1991 ; Grund *et al.*, 1990; Longshore, 1992; Donoghoe & Stimson, 1992; Kinnell, 1992).

Spuitenruilprogramma's hebben een aantal voordelen ten opzichte van spuitendistributie via apothekers (Des Jarlais & Friedman, 1992):

■ gratis: het enige dat vereist wordt, is het meebrengen van vuile spuiten;

■ werkingsuren: spuitenruil vindt meestal plaats op momenten dat apotheken gesloten zijn en wanneer de kans het grootst is dat drugsgebruikers steriele spuiten nodig hebben;

■ plaats: over het algemeen wordt er gekozen voor een plaats in een buurt of wijk waar er zeer veel drugs gebruikt worden;

- interactie: een spuitenruil biedt méér aan dan alleen het voorzien van injecterende drugsgebruikers van propere spuiten. Er vindt een interactie plaats tussen de drugsgebruiker en de staf van de spuitenruilvoorziening, wat (1) de kennisoverdracht rond Aids vergemakkelijkt, (2) gelegenheid biedt tot het uitdelen van ander materiaal dat nodig is om hygiënisch te kunnen injecteren, zoals watten, alcoholswabs, of bleekwater om spuiten te desinfecteren, (3) de mogelijkheid creëert tot het verdelen van condooms. Bovendien is het een erg laagdrempelige voorziening die problematische drugsgebruikers indien nodig en wenselijk kan helpen om de weg naar de hulpverlening te vinden waarmee ze anders niet in contact zouden komen. Op deze wijze helpt zo'n programma ook indirect mee aan drugspreventie;
- er gebeurt een inzameling van de gebruikte en potentieel HIV-besmette spuiten.

Een interessant neveneffect van spuitenruilprogramma's is de zogenaamde 'secundaire distributie'. Verschillende onderzoekers merkten op dat personen die deelnemen aan een spuitenruil vaak meer spuiten gaan doorgeven: ze voorzien zich in het programma van een aantal steriele spuiten, die zij op hun beurt doorspelen aan andere injecterende drugsgebruikers die om de ene of andere reden (schrik om herkend te worden als injecterende drugsgebruiker, ...) niet naar de spuitenruil komen (Donoghoe & Stimson, 1992; Klee *et al.*, 1991; Klee, 1992). Het gaat hier dus om het doorgeven van *steriele spuiten*, wat moet worden aangemoedigd, aangezien men op deze wijze een aantal drugsgebruikers bereikt die men anders nooit te zien zou krijgen. Donoghoe & Stimson (1992) beklemtonen dan ook dat injecterende drugsgebruikers die deelnemen aan een spuitenruil niet moeten worden overhaald om spuiten niet meer door te geven, maar wel dat ze moeten worden voorzien van het nodige aantal spuiten en de boodschap moeten bekomen dat men enkel steriele spuiten mag doorgeven.

Donoghoe (1991) stelde eveneens een daling vast van het risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers die niet deelnamen aan het spuitenruilprogramma. Deze daling was weliswaar minder duidelijk dan bij diegenen die wel deelnamen aan de spuitenruil. Dit wijst erop dat het programma een duidelijke invloed had op het zich bewust worden van het gevaar voor besmetting.

Wanneer men een spuitenruil wil opstarten, is het politiek klimaat van groot belang (Power, 1990). In de Verenigde Staten bijvoorbeeld is het bezit en de beschikbaarheid van spuiten aan banden gelegd (Pascal, 1988). Ook in Zweden - trouwens het enige West-Europese land waar men geen spuiten of naalden kan kopen in een apotheek - is het niet toegestaan om spuiten te verkopen aan drugsgebruikers, omdat de wet stelt dat dit het drugsgebruik zou stimuleren (Stimson *et al.*, 1990). In New South Wales (Australië) was het tot in 1986 verboden om drugsinjectiemateriaal bij zich te dragen (Wolk *et al.*, 1988). In Nederland, waar men een erg liberale houding heeft ten aanzien van drugsgebruik, bestaat reeds sinds 1984 spuitenruil (Buning, 1990). De eerste spuitenruilprogramma's in Nederland zijn opgestart vanuit zelforganisaties van drugsgebruikers, de zogenaamde 'junkiebonden', als antwoord op de hepatitis-B-epidemie (De Jong, 1991).

Op dit moment organiseert men in veruit de meeste West-Europese landen spuitenruil, namelijk in: Nederland (Rhodes *et al.*, 1991c), Duitsland (Wichelmann-Werth, 1993), Groot-Brittannië (Rhodes *et al.*, 1991c), Ierland (Fromberg, 1993), Zwitserland (Vogt, 1993), Oostenrijk (WHO, 1993), Luxemburg (Rezza *et al.*, 1992) en in Spanje (Mateo, 1993). In Frankrijk werden sinds 1989 drie experimentele spuitenruilprogramma's opgestart (WHO, 1993). In Zweden lopen er momenteel pilootprojecten rond spuitenruil in twee steden (Pompidou Group, 1993). In Denemarken en in Noorwegen kan men spuiten ruilen met behulp van spuitenruilmachines (Stimson *et al.*, 1990a; WHO, 1993). Enkel in Italië, Portugal en Griekenland bestaan geen spuitenruil (WHO, 1993). In Italië kunnen injecterende drugsgebruikers wel aan steriele spuiten geraken via automatische spuitendistributeurs (Tempesta, 1994). In Portugal is men aan het onderhandelen rond een eventuele opzet van een spuitenruil (Stöver & Schuller, 1991). In België staat onder meer het wettelijk statuut van de insulinespuit de implementatie van een spuitenruil in de weg, zodat tot nog toe enkel een tijdelijk pilootproject rond spuitenruil werd uitgevoerd in Antwerpen, waarvan onderhavig document onder meer verslag uitbrengt.

Spuitenruil kan op verschillende manieren worden georganiseerd: soms gebruikt men een vast adres (Wichelmann-Werth, 1993), andere programma's werken met behulp van een bestelwagentje (Hartgers *et al.*, 1989; Buning & Coutinho, 1986), nog anderen

organiseren spuitenruil via outreach werkers (Holland, 1991; Wiebel, 1992) of via drugsgebruikers zelf (Wiebel, 1992). Hoe laagdrempeliger de werkwijze, des te meer moeilijk bereikbare drugsgebruikers men kan contacteren.

4.3. Andere distributiemogelijkheden voor spuiten

Naast de verdeling van spuiten via apotheken en door middel van spuitenruilprogramma's, bestaan er ook nog spuitendistributeurs, apparaten die een spuit afleveren bij muntinworp. De grote voordelen van zo'n spuitendistributeur zijn de 24/24u beschikbaarheid en de anonimiteit (Stöver, 1989). Deze toestellen kunnen een uitkomst bieden in situaties waarin spuiten niet buiten een apotheek mogen verdeeld worden, zoals dit bijvoorbeeld het geval is in België en in Frankrijk. In Groot-Brittannië wijst men er nadrukkelijk op dat dergelijke apparatuur niet mag worden gezien als een besparing op de kosten van een bemande spuitenruil (Druglink, 1991). In sommige landen (Groot-Brittanië, Zwitserland) bezit men spuitendistributeurs die een pakketje afleveren die zowel spuiten als alcoholswabs en condooms bevatten. Het is duidelijk dat deze methode een heel aantal voordelen van een spuitenruil mist.

Iets interessanter dan de spuitendistributeurs zijn de spuitenrui*l*machines. Deze apparaten leveren een steriele spuit af bij inworp van een gebruikte spuit, en eveneens tegen betaling wanneer geen gebruikte spuit voorhanden is. Deze machines zijn echter erg duur in vergelijking met de distributeurs (Druglink, 1991).

5. Aanmoedigen van naaldhygiëne

Zelfs bij het bestaan van een spuitenruilprogramma, gebeurt het toch nog regelmatig dat drugsgebruikers plotseling zonder propere spuit vallen. Dit kan voorvallen omdat een aantal injecterende drugsgebruikers die niet in het spuitenruilprogramma zitten de mensen kennen die wel deelnemen en naar hen gaan om steriele spuiten (secundaire distributie), of gewoonweg omdat de persoon in kwestie niet toekomt met het aantal spuiten (verkeerde inschatting, te weinig vuile spuiten, ...). In zo'n situaties is het voor de drugsgebruiker van essentieel nut te weten hoe je een spuit efficiënt kan desinfecteren.

In landen waar spuitenruil niet tot de mogelijkheden behoort, is het aanmoedigen van naaldhygiëne een belangrijk alternatief. Het is een middel om drugsgebruikers attent te maken op de gevaren die zij lopen bij het injecteren van drugs, mét de positieve boodschap van wat men er aan kan doen. Sorensen (1990) benadrukt de belangrijkheid van het geven van positieve boodschappen. Het is niet voldoende om de boodschap te verspreiden wat men niet mag doen. Men moet de drugsgebruiker alternatieven aanbieden voor het gedrag dat afgeraden wordt.

5.1. Ontsmettingsmethoden voor een niet-steriele spuit

Er is in het verleden heel wat onderzoek gebeurd naar methoden om gebruikte spuiten efficiënt te ontsmetten. Etnografische studies tonen aan dat een dergelijke methode aan de volgende vijf vereisten moet voldoen:

(1) snel, liefst minder dan 60 seconden vergend
(2) goedkoop
(3) gemakkelijk aan te geraken
(4) veilig voor de gebruiker en voor het injectiemateriaal
(5) effectief in het neutraliseren van virussen

Na het schrappen van alle desinfecteermiddelen die niet aan alle vereisten voldeden, bleven er slechts drie over, namelijk: ontsmettingsalcohol, zuurstofwater, en bleekwater. Tijdens het 'Mid City Consortium to Combat AIDS' (1986) werden deze drie mogelijkheden bediscussieerd.

- *Ontsmettingsalcohol* werd niet geschikt bevonden voor de gestelde doeleinden, omdat drugsgebruikers gemakkelijk kunnen menen dat alcoholische dranken evenwaardige substituten zijn.
- *Zuurstofwater* werd uitgesloten omdat de effectiviteit van dit reagens bij blootstelling aan licht of wanneer de fles niet goed gesloten werd afneemt.
- *Bleekwater* werd geselecteerd door middel van eliminatie. Bovendien toonden verschillende onderzoeken aan dat bleekwater virussen effectief neutraliseert (Martin *et al.*, 1985; Resnick *et al.*, 1986).

Natuurlijk bleef er wel het probleem over van de extrapolatie van deze laboratoriumresultaten naar de toepassingsmethode van de drugsgebruikers in het veld (Newmeyer, 1988).

Recent is er een hele discussie ontstaan rond de daadwerkelijke efficiëntie van bleekwater om spuiten te desinfecteren. De US National Institute on Drug Abuse raadt aan om spuiten ten minste 30 seconden met onverdund bleekwater te vullen om het HIV te inactiveren (Shapshak *et al.*, 1993). Bovendien meldt hetzelfde artikel dat bleekwater de spuit kan beschadigen. Deze stellingen worden tegengesproken door de Public Health Laboratory Service in Groot-Brittannië (Druglink, 1993). Het argument dat zij aanhalen is dat de gemiddelde gebruikte spuit minder dan 1000 HIV-partikels bevat, wat veel minder is dan de waarschijnlijk miljoenen deeltjes in het laboratoriumexperiment van de Amerikanen, zodat in het veld spoelen met bleekwater nog steeds een vitale rol speelt. Momenteel is deze discussie nog steeds onverminderd aan de gang.

5.2. Andere desinfecteermethoden

Wiebel (1992) raadt aan om de drugsgebruiker niet één maar meerdere alternatieven aan te bieden die het risico op HIV-infectie reduceren. Effectieve gedragsverandering berust immers op volledige vrijwilligheid. Risicoreducerende maatregelen moeten verenigbaar zijn met de sociale normen en waarden van de persoon, want anders loopt men de kans dat ze niet zullen worden aangenomen. Hoe meer opties men presenteert, des te groter wordt de kans dat de persoon er minstens één van zal aanvaarden. Zo is het belangrijk om bleekwater als meest geschikte desinfectant aan te raden, maar daarnaast te vermelden dat, indien dit niet voorhanden is, toch iets te gebruiken dat het virus *zou kunnen afzwakken* zoals alcohol, kokend water, waterstofperoxide, azijn, zeepwater of spoeldrank. En indien ook deze middelen niet binnen handbereik zijn is het toch nog beter om iets te doen, zoals bijvoorbeeld het spoelen met sterke drank of zelfs cola (de pH lijkt de levensvatbaarheid van het virus te beïnvloeden).

Wij willen er hier met nadruk op wijzen dat geen van deze methoden, met uitzondering van het (ten minste tien minuten) uitkoken en het gebruik van (ontsmettings)alcohol, efficiënt is om het HIV uit te schakelen.

Lang niet alle onderzoekers zijn het eens met Wiebel. Zo waren de onderzoekers die aanwezig waren op het 'Mid City Consortium to Combat AIDS' (1986) de mening toegedaan dat het beter is om één enkele, maar zeer duidelijke preventieboodschap mee te geven aan injecterende drugsgebruikers om hun injectiemateriaal te desinfecteren. Het kan immers erg verwarrend zijn wanneer men een hele reeks van alternatieven aangeboden krijgt die allemaal een andere effectiviteit bezitten. Dit werkt vergissingen in de hand die fatale gevolgen kunnen hebben.

5.3. Kennisoverdracht van ontsmettingswijzen

De kennis rond ontsmettingsmethoden voor niet-steriele spuiten wordt meestal overgedragen door middel van outreach werkers, die zelf al dan niet drugs gebruiken. Voorbeelden van zulke initiatieven in België zijn het COOL-project van vzw Free Clinic te Antwerpen en het 'Boule de Neige'-project in Wallonië. In beide projecten worden (ex-)injecterende drugsgebruikers getraind om te werken als outreach werkers in de drugsscène (Casselman & Todts, 1992). Deze outreach werkers trachten de injecterende drugsgebruikers bewust te maken van de risico's die zij lopen en brengen hen naaldhygiëne bij. De boodschap wordt vergezeld door het meegeven van een klein flesje bleekwater waarop een zelfklever is aangebracht met de gebruiksaanwijzing.

Niet toevallig vond het eerste outreach-initiatief dat de bleekwatermethode propageerde plaats in San Fransisco in 1986 (waar in datzelfde jaar tevens het 'Mid City Consortium to Combat AIDS' plaatsvond). De campagne werd 'bleach and teach' gedoopt (Rhodes *et al.*, 1991c). De actie werd gepromoot door 'Bleachman', een variant op Superman. De campagne kende een onmiddellijk succes en het aanmoedigen van naaldhygiëne werd op vele plaatsen in en buiten de Verenigde Staten overgenomen.

6. Andere harm reduction maatregelen

In verschillende landen probeert men meer en meer ook de algemene levenskwaliteit van drugsgebruikers te verbeteren, omdat men ervan uitgaat dat een betere levenssituatie riskant gedrag zal doen verminderen (Stöver & Schuller, 1992). We sommen hier enkele van deze initiatieven op.

In Amsterdam bijvoorbeeld helpt men drugsgebruikers met problemen in verband met huisvesting, en met medische, financiële en wettelijke problemen, waarbij de nadruk wordt gelegd op de verantwoordelijkheid van de drugsgebruiker (Buning, 1990).

In Frankfurt-am-Main (West-Duitsland) groeide uit een mobiele spuitenruil, opgezet in 1988, een zeer complexe structuur die opgebouwd werd rondom de noden van de drugsgebruikers: "Café Fix". De basisidee van "Café Fix" is het ontwikkelen van diensten die de verdere aftakeling van de levenssituatie van de drugsgebruikers tegengaat. Op dit moment is het initiatief van een mobiele spuitenruileenheid geëvolueerd naar een gelegenheid, waar drugsgebruikers zeer goedkoop, maar vitaminerijk voedsel kunnen krijgen, waar ze zich kunnen douchen en hun kleren wassen (er zijn wasmachines en droogkasten ter beschikking), waar ze indien nodig tweedehandskledij kunnen bekomen, waar ze terechtkunnen voor medische zorgen, waar ze kunnen tewerk gesteld worden in één van de arbeidsprojecten in de verschillende afdelingen van "Café Fix" (betaald met voedsel of soms, in beperkte mate, met uurloon), en waar ze tenslotte terechtkunnen voor algemene hulp en counseling bij allerhande problemen (met politie, justitie, huisbazen, familie, ...) (Wichelmann-Werth, 1993).

Een gelijkaardig initiatief, in Zwitserland, is 'Fixerstübli" in Bern (Haemmig, 1992). Men wilde een cultureel centrum oprichten dat zou voorzien in alternatieve activiteiten en om andere interesses bij drugsgebruikers te stimuleren door middel van video's, begeleide theaterbezoeken, het promoten van zelfhulpinitiatieven, enzovoort. Hiertoe opende men een café, dat wordt opengehouden door sociale werkers, waar injecterende drugsgebruikers terechtkonden zonder de verplichting om iets te consumeren, waar belegde broodjes, koekjes, yoghurts, fruit en koude en warme dranken - maar geen

alcohol - konden worden verkregen, waar injecterende drugsgebruikers gratis spuiten, naalden, en condooms konden krijgen, eveneens als informatie rond veilig gebruik en veilig vrijen, waar een tweede ruimte is voorzien om rustig drugs te kunnen spuiten in een hygiënische omgeving en waar gebruikers aangezet worden om informatie over de kwaliteit van de drugs uit te wisselen.

In een aantal landen bestaan speciale magazines voor drugsgebruikers, die informatie bevatten over allerhande onderwerpen die drugsgebruikers aanbelangen, en dit alles gebracht op een luchtige wijze, die aansluit bij de belevingswereld van de doelgroep. In Nederland is er bijvoorbeeld 'Dr. Use Good', een magazine dat voor en door drugsgebruikers wordt ontworpen (Lansu *et al.*, 1993). In Groot-Brittannië bestaat het magazine 'Smack in the eye' (Gilman, 1992). Hier werken niet echt drugsgebruikers aan mee, maar ze worden wel geconsulteerd over de vormgeving en inhoud ervan.

Verder bestaan op vele plaatsen zelfhulpgroepen van drugsgebruikers. De allereersten waren de 'junkiebonden' in Nederland, die tevens de eerste spuitenruil organiseerden in 1984, als middel om de verspreiding van hepatitis B onder injecterende drugsgebruikers tegen te gaan Buning *et al.*, 1992). Maar zelfhulpgroepen voor drugsgebruikers zijn er ook in Duitsland, nl. het J(unkies) E(x-junkies) S(ubstituted)-netwerk, bestaande uit injecterende drugsgebruikers, ex-injecterende drugsgebruikers en mensen die een methadonprogramma volgen (Michels, 1993). JES organiseert workshops en regelmatige bijeenkomsten. Hun doelstellingen zijn: overleving, harm reduction, HIV/Aids-preventie, decriminalisatie en rehabilitatie van drugsgebruikers, en een verandering in het drugsbeleid (Hermann, 1993). In Australië bestaat sinds 1985 A.D.I.C. (Aids Drugs Information Collective), een zelfhulporganisatie van gebruikers, ex-gebruikers en professionele hulpverleners (Wodak, 1990), en in Groot-Brittannië is er 'Mainliners' (Gowler & Rayner, 1990).

4.4. Preventie van riskant seksueel gedrag

De preventie van riskant seksueel gedrag, zowel in het algemeen als specifiek bij injecterende drugsgebruikers is een veel moeilijkere opdracht dan het motiveren van

injecterende drugsgebruikers om veiliger te gaan gebruiken (Donoghoe, 1992; Des Jarlais & Friedman, 1992; Stimson, 1990b). In onze maatschappij wordt het seksuele gedrag beschouwd als een private, persoonlijke aangelegenheid (McKeganey & Barnard, 1992). Vaak is seks zelfs binnen een relatie niet bespreekbaar (Mittag, 1991).

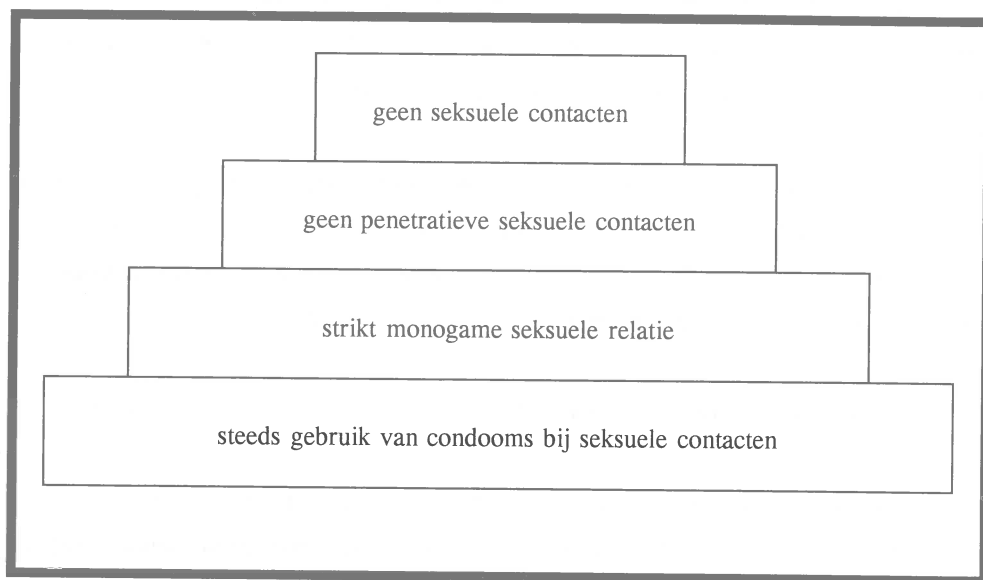
De specifieke moeilijkheden waarop men stuit wanneer men riskant seksueel gedrag wil veranderen bij injecterende drugsgebruikers zijn reeds aan bod gekomen in een vorige paragraaf. Nu willen we ingaan op welke specifieke interventiemethoden in binnen- en buitenland bestaan om dergelijk gedrag te beïnvloeden.

4.4.1. Hiërarchie van preventieboodschappen rond riskant seksueel gedrag

Naar analogie met de hiërarchie van HIV-preventieboodschappen in verband met riskant spuitgedrag, kan men eveneens een hiërarchie van HIV-preventieboodschappen voor riskant seksueel gedrag opstellen (WHO, 1989):

* het veiligste is helemaal geen seksuele contacten te hebben;
* indien u toch seksuele contacten heeft, is het veiliger om geen penetratieve seks te hebben;
* indien u wel penetratieve seks heeft, is het het beste om u aan één partner te houden waarvan u zeker bent dat hij/zij ook monogaam is;
* indien u wisselende seksuele contacten heeft, gebruik dan steeds en op een correcte wijze een geschikt condoom (figuur 10).

In tegenstelling tot het hiërarchisch model voor veiliger gebruik, waar abstinentie omwille van gezondheidsredenen een 'hoger' doel is dan bijvoorbeeld het injecteren met nieuwe spuiten, is het natuurlijk niet de bedoeling om uiteindelijk te bekomen dat niemand nog seksuele betrekkingen heeft. De hiërarchie betreft hier de graad van het risico op HIV-besmetting dat men loopt. Omdat seksuele expressie algemeen wordt aanzien als een fundamentele eigenschap van menselijke relatievorming (McKeganey & Barnard, 1992), is seksuele abstinentie niet realistisch voor volwassenen, en zeker niet wanneer het ogenblik is aangebroken dat men een gezin wil stichten. De enige manier waarop men een gezin kan starten, is door middel van onveilig vrijen (Sorensen, 1991).



Figuur 10: Hiërarchie van HIV-preventieboodschappen in verband met riskant seksueel gedrag

Hoewel zij zich ter dege realiseren dat abstinentie voor de meeste mensen zeer moeilijk is, pleiten Gibson & Lovelle-Drache (1991) er nochtans voor om abstinentie ernstig te overwegen als een optie indien één van de partners (in een vaste relatie) reeds is besmet. Zij argumenteren dat condooms, zelfs indien ze op een correcte manier worden gebruikt, soms toch nog falen, zodat bij veelvuldig seksueel contact met een HIV-besmette partner het risico voor de auteurs nog onaanvaardbaar hoog blijft.

De tweede effectieve verdediging tegen besmetting met het HI-virus via seksuele betrekkingen, is een wederzijdse monogame relatie (met een partner die geen drugs injecteert) (Sorensen, 1991). Het begrip 'monogame relatie' verdient in deze context een woordje uitleg. Er bestaan heel wat misvattingen rond dit begrip, vooral bij jongeren die vaak ten onrechte menen dat ze geen risico lopen omdat ze een monogame relatie hebben. Hoewel deze jongere en zijn/haar partner elkaar misschien strikt trouw zijn, realiseren ze zich niet dat het hebben van verschillende seksuele partners in verschillende monogame relaties kort na elkaar (men noemt dit sequentiële monogamie) risicovol is. De enige echt veilige manier om hiermee om te gaan, is dat bij de aanvang van elke nieuwe relatie

beide partners een HIV-test laten doen, dit zes maanden later te herhalen en in tussentijd enkel seksuele betrekkingen te hebben met condooms. Monogamie werkt echter alleen wanneer er een zeker vertrouwen bestaat tussen beide partners (Gibson & Lovelle-Drache, 1991). Seks vindt immers over het algemeen plaats met een partner, die een eigen verleden heeft dat men niet altijd kent, en waarvan men moet aannemen dat hij/zij geen risico's neemt of genomen heeft met eventuele andere partners. Bij injecterende drugsgebruikers echter, die risico's nemen op het vlak van onveilig injecteren, blijft een monogame relatie toch nog serieuze risico's inhouden. Een injecterende drugsgebruiker kan immers met het HIV geïnfecteerd raken door het delen van spuiten en vervolgens het virus doorgeven aan zijn partner via seksueel contact. Op deze wijze loopt een vrouw die een wederzijdse monogame relatie heeft met een injecterende drugsgebruiker die soms onveilig spuit méér risico om besmet te geraken dan wanneer zij verschillende seksuele partners zou hebben die geen van allen drugs gebruiken (Sorensen, 1991).

De laatste barrière tegen Aidsbesmetting via penetratieve seksuele contacten is het gebruik van condooms (Sorensen, 1991; Gibson & Lavelle-Drache, 1991). Condooms vormen een praktische en relatief efficiënte wijze om zichzelf en zijn/haar partner te beschermen tegen het HIV en andere SOA's (McKeganey & Barnard, 1992). Nochtans bestaan er een hele reeks van hinderpalen die het gebruik van condooms in de weg staan.

Wanneer geen van beide partners te vinden is voor condoomgebruik, moeten andere, veilige alternatieven voor penetratieve seks worden aangeboden (Gibson & Lavelle-Drache, 1991). Onderzoek heeft echter aangetoond dat alternatieve seksuele praktijken, zoals wederzijdse masturbatie, over het algemeen niet worden aanzien als volwaardige alternatieven voor penetratieve seks. Zij worden veelal beschouwd als een deelaspect van het proces dat uiteindelijk tot penetratie leidt, wat voor veel mensen de essentie uitmaakt van seksuele betrekkingen (Kent *et al.*, 1990).

4.4.2. Aidspreventiemethoden in verband met riskant seksueel gedrag

Er bestaat een hele waaier aan mogelijkheden om aan Aidspreventie rond risicovol seksueel gedrag te doen, waaronder bijvoorbeeld het sponsoren van condoomdistributie,

voorlichtingscampagnes in de media, of het organiseren van outreach in prostitutiebuurten (Sorensen & Guydish, 1991). Elke benaderingswijze heeft zijn eigen voor- en nadelen.

Om een preventiewerker te helpen in het maken van de juiste keuze uit het ruime aanbod van preventiestrategieën, formuleren Sorensen & Guydish (1991) een drietal aandachtspunten:

(1) men moet leren te begrijpen waarom drugsgebruikers of hun seksuele partners zich engageren in risicovol gedrag. Dit is mogelijk door middel van etnografische studies, maar ook door de injecterende drugsgebruikers zelf te betrekken bij de keuze;

(2) men moet nagaan of de beoogde interventie wel effectief is, bijvoorbeeld door het lezen van vakliteratuur of door het consulteren van experten die reeds ervaring met de methode hebben;

(3) wanneer men gekozen heeft voor een bepaalde interventie, moet men de evaluatie van deze strategie inbouwen en voorzien. Hiertoe moeten vanaf het begin de doelstellingen geformuleerd zijn.

In tegenstelling tot de preventiestrategieën gericht op riskant drugsgebruik, waarbij voor elk van de specifieke preventieboodschappen van de preventiehiërarchie afzonderlijke methodieken werden ontwikkeld, richt men zich bij de preventie van riskant seksueel gedrag voornamelijk op het verspreiden van informatie en het promoten van condoomgebruik. Dit kan men op verschillende manieren doen. Een veel voorkomende wijze is de boodschap uitdragen via outreach werkers die in contact staan met diegenen die hoog riskant gedrag vertonen. De laatste jaren gaat er ook veel aandacht naar het bereiken van seksuele partners van mensen die door hun gedrag erg veel risico lopen (Abdul-Quader *et al.*, 1992; McKeganey & Barnard, 1992; Holland *et al.*, 1990a; Friedman *et al.*, 1990).

De verscheidene methoden om van riskant seksueel gedrag bij drugsgebruikers te voorkomen, kan men onderverdelen in:

- het geven van informatie en voorlichting;
- het voorzien van preventiemateriaal;
- het organiseren van individuele en groepssessies.

We gaan hier in de volgende paragrafen even op in.

4.4.2.1. Het geven van informatie en voorlichting

Een ***noodzakelijke***, maar ***geen voldoende voorwaarde*** tot gedragsverandering is informatie (Stimson, 1992; Wodak, 1990; Dorn & South, 1990; Des Jarlais & Friedman, 1993). Zonder de kennis, de informatie waarom een gedrag risicovol is, is het moeilijk om het riskant gedrag aan te passen in de gewenste zin (Gibson *et al.*, 1991). Verschillende onderzoekers stellen dat informatie het meest doeltreffend is wanneer ze afkomstig is van diverse bronnen en van verschillende plaatsen (Wermuth *et al.*, 1991). Bovendien is het aan te raden om de boodschap meermaals te herhalen, en bij voorkeur in verschillende vormen (Friedman *et al.*, 1986).

De meeste voorlichtingscampagnes worden georganiseerd met behulp van de media. Hoewel onderzoek heeft aangetoond dat de seksuele partners van drugsgebruikers bereikbaar zijn via de verschillende mediakanalen (Pappas *et al.*, 1990), is dit zeker niet het geval voor de drugsgebruikers zelf. Daarom moet voor hen ook aandacht worden besteed aan andere wegen voor het verschaffen van de relevante informatie, zoals instellingen die regelmatig in contact komen met drugsgebruikers (ontwenningscentra, huisartsen, justitiële instanties, ...) (Friedman *et al.*, 1986), en straathoek- of outreachwerkers die in contact staan met drugsgebruikers (Gibson *et al.*, 1991).

Naast het geven van informatie over HIV/Aids, de overdrachtswijzen en het voorkomen van besmetting, kan ook andere informatie relevant zijn. Zo stelde Synn Stern, tesamen met 28 straatprostituées uit Utrecht, een brochure samen voor drugsgebruikende prostituées waarin een heleboel tips en trucs staan vermeld om een klant over te halen om condooms te gebruiken (H.A.P., 1990). Daarnaast ontwikkelde zij eveneens een folder voor drugsgebruikende prostituées met een groot aantal uitermate nuttige wenken die de risico's met betrekking tot de persoonlijke veiligheid en gezondheid in het algemeen helpen verminderen bij het uitoefenen van dit beroep (Stern, 1991). Zo geeft zij aanwijzingen over hoe men zich het best kleedt, hoe men onderhandelt met de klant, hoe men een wagen benadert, waarop men in een wagen moet letten, waarop men moet

letten bij het verlenen van alle mogelijke diensten (fellatio, vaginale seks, anale seks, analingus, cunnilingus, SM, enzovoort).

Sommige auteurs raden aan om het zaaddodend middel nonoxynol-9 te gebruiken (Kramer, 1991). Dit produkt inactiveert het HI-virus in laboratoriumsituaties (Hicks *et al.*, 1985). Het is echter nog niet bewezen dat nonoxynol-9 dezelfde effectiviteit bezit bij seksuele contacten. Bij vele vrouwen echter verwekt het produkt huidirritaties.

Daar condooms allesbehalve populair zijn, is Dingelstad (1993) van mening dat condooms niet mogen worden voorgesteld als zijnde 'leuk'. Beter vindt zij om de nadruk te leggen op het beschermende karakter van condooms tegenover Aids en andere SOA's.

4.4.2.2. De beschikbaarheid van preventiemateriaal

Gezondheidsorganisaties en condoomfabrikanten kunnen hun steentje bijdragen door condoomdistributie te subsidiëren of door kortingen toe te staan. Deze kunnen worden uitgedeeld in drugshulpverleningscentra en in outreachprogramma's (Wermuth *et al.*, 1991). De meeste outreachprogramma's delen, naast bleekwater en informatiefolders, over het algemeen ook condooms uit aan drugsgebruikers. Voorbeelden hiervan zijn het COYOTE-project in San Fransisco (Rhodes *et al.*, 1991c), de methadonbussen in Amsterdam (Buning *et al.*, 1990), en het Streetwise Youth Project in het hartje van London (Streetwise Youth Project, 1990), om er maar een paar te noemen. Ook spuitenruilprogramma's zijn uitermate geschikt om condooms te distribueren (Wermuth *et al.*, 1991), zoals bijvoorbeeld gebeurt in Amsterdam (Rhodes *et al.*, 1991c), en in de meeste spuitenruilprogramma's in Groot-Brittannië (Stimson *et al.*, 1989).

Een andere wijze om de beschikbaarheid van condooms te vergroten, is het plaatsen van condoomautomaten. In Nederland heeft men deze automaten onder meer geplaatst in ambulante drugshulpverleningsinstellingen (Rhodes *et al.*, 1991c). Ook in België kan men dergelijke apparaten op verschillende locaties aantreffen, voornamelijk in café's en in dancings.

4.4.2.3. Het organiseren van individuele en groepssessies

De drugshulpverlening leent zich ertoe om op een intensievere manier om te gaan met drugsgebruikers en om zo te trachten om hun gedrag te wijzigen. Men kan zowel individuele als groepssessies organiseren waarin niet alleen kennisverwerving of de beschikbaarheid van preventiemateriaal centraal staan, maar waar ook aandacht kan worden geschonken aan andere factoren die het gedrag kunnen beïnvloeden. In dit opzicht spelen de drugshulpverleningscentra een centrale rol in het voorlichten en het promoten van veranderingen in riskant drugsgebruik en riskant seksueel gedrag en in het counselen van mensen over de mogelijke risico's die ze lopen (Wermuth *et al.*, 1991).

Sorensen & Guydish (1991) formuleerden drie doelstellingen van de individuele of groepscounseling:

- de verhoging van de kennis rond HIV/Aids, de overdrachtswijzen, en de preventie ervan;
- het opbouwen van vaardigheden die individuen kunnen helpen om besmetting met het HIV te voorkomen of door te geven aan anderen;
- het begeleiden van mensen bij het veranderen van hun levensstijl om zichzelf en anderen te beschermen tegen het HI-virus.

Voordelen van deze preventiemethode zijn onder meer het feit dat het counselen ook na een hulpverleningsprogramma kan worden verdergezet, en de mogelijkheid om ook verder te reiken dan de mensen zelf die het ontwenningsprogramma lopen, zoals bijvoorbeeld hun vaste seksuele partner of familieleden (Sorensen *et al.*, 1991). Een groot nadeel is dat men het merendeel van de drugsgebruikers om diverse redenen, die in een vorige paragraaf al werden besproken, niet kan bereiken via de drugshulpverlening, en dat waarschijnlijk juist diegenen die men hier niet terugvindt het meeste risicogedrag vertonen.

Individuele sessies

Gibson & Lovelle-Drache (1991) ontwikkelden op basis van het Aids Risk Reduction Model (ARRM) een methode om individuele counselingsessies te organiseren. In deze sessies komen de volgende aspecten aan bod:

- *overdracht van accurate en essentiële kennis* over risicogedrag in verband met HIV-besmetting;
- *vatbaarheid*: verschaffen van informatie over de kans dat men loopt om besmet te worden met het HIV geïllustreerd met het gegeven dat vele andere injecterende drugsgebruikers reeds besmet zijn;
- *discussie rond risicoreductie*, waarbij rekening wordt gehouden met de afkeer van het subject ten opzichte van bepaalde gedragsveranderingen. Er worden alternatieven voorgesteld totdat de persoon iets tegenkomt wat hij/zij zich kan eigen maken;
- *het versterken van de zelf-efficiëntie*, waarbij het individu probleemsituaties anticipeert en hier adequaat leert mee omgaan;
- *communicatievaardigheden*: het inoefenen van probleemsituaties aan de hand van rollenspelen. De drugsgebruiker leert hierdoor in te gaan op reacties van partner en vrienden;
- *ernst van de aandoening*: het ziekteverloop wordt besproken en er wordt een foto getoond van iemand die op het einde van de ziekte is;
- *sociale steun*: het aanmoedigen om in de groep anderen te overhalen om hun gedrag te veranderen.

Een voordeel van een individuele benadering is dat de sessies op maat kunnen worden gesneden van de specifieke moeilijkheden die een gedragsverandering bij een bepaalde persoon in de weg staat. De eerste gegevens van het werken met dit model geven aan dat zelf erg korte sessies een significante impact kunnen hebben op de attitudes en de gedragingen van de individuen.

Ook Wiebel (1988) werkt met een individuele methode - maar dan niet in een hulpverleningssetting maar wel in het kader van een outreachproject - waarbij de persoon wordt aangeleerd om een realistische inschatting van het individuele risico te maken.

Vervolgens worden realiseerbare alternatieven voor hoog-riskant gedrag aangeboden. Dit gebeurt als volgt:

- De basisinformatie in verband met Aids en risicogedrag wordt vertaald naar een concrete en persoonlijke context. De individuen wordt aangeleerd hoe ze systematisch hun persoonlijke gewoonten en levensstijl kunnen evalueren en zo gedragspatronen kunnen ontdekken waardoor ze zichzelf aan het Aidsgevaar blootstellen. Er wordt op gewezen dat een beperkte mate van risico een onvermijdelijke factor is in het leven van alledag. Daarnaast wordt hen een aantal haalbare alternatieven voor het risicogedrag aangeboden. Deze moeten in overeenstemming zijn met de sociale normen en waarden van de groep;
- Vervolgens kunnen ze met al deze gegevens de relatieve voordelen en implicaties evalueren op een manier die voor hen persoonlijk betekenisvol is.

Deze werkwijze heeft twee voordelen. Ten eerste is het subject een actieve participant in het proces van de risico-inschatting. Ten tweede bekrachtigt men op deze wijze de personen om de verantwoordelijkheid voor hun gezondheidstoestand zelf op te nemen door middel van bewuste en weloverwogen keuzes.

Groepssessies

Verschillende onderzoekers voerden reeds HIV-preventieprogramma's met behulp van groepssessies uit in een drugshulpverleningssetting. Er bestaan zowel onderzoeken met drugsgebruikers die een ambulant methadononderhoudsprogramma volgden (Magura *et al.*; 1989b; Sorensen *et al.*, 1990; Calsyn *et al.*, 1990), als onderzoeken met drugsgebruikers in een residentieel ontwenningsprogramma (Sorensen *et al.*, 1989; Sorensen *et al.*, 1991).

In de ambulante groepen boekt men meestal resultaat op het vlak van de feitelijke kennis over HIV/Aids en risicoreducerende maatregelen, de zelf-efficiëntie, en de praktische vaardigheden om een condoom te gebruiken (Magura *et al.*, 1989b; Sorensen *et al.*, 1990). Dit geldt althans voor redelijk intensieve programma's die bijvoorbeeld zes uur in beslag nemen. In de studie van Calsyn *et al.* (1990) vond men dergelijke resultaten niet;

de onderzoekers schreven dit toe aan het feit dat de interventie te kort was. Ze duurde slechts 90 minuten. Dit blijkt niet voldoende te zijn om meetbare veranderingen in het risicogedrag te bewerkstelligen.

De resultaten uit onderzoek bij drugsgebruikers in een residentiële setting zijn over het algemeen eveneens positief: men observeert een toename in de kennis en een positieve invloed op de zelf-efficiëntie (Sorensen *et al.*, 1989). Hoewel het effect op het vlak van de kennis na zes maanden verwaterde, bleef er nog steeds een verschil in de zelf-efficiëntie tussen de experimentele en de controlegroep (Sorensen *et al.*, 1989).

Dergelijke evaluatieve studies over groepscounseling in de (ambulante en residentiële) drugshulpverlening in verband met HIV-preventie bij drugsgebruikers stellen over het algemeen wel een gunstig effect vast op de kennis en de attitudes van de subjecten, ***maar zelden op het effectieve gedrag*** (Sorensen *et al.*, 1991).

II. EIGEN ACTIE-ONDERZOEK

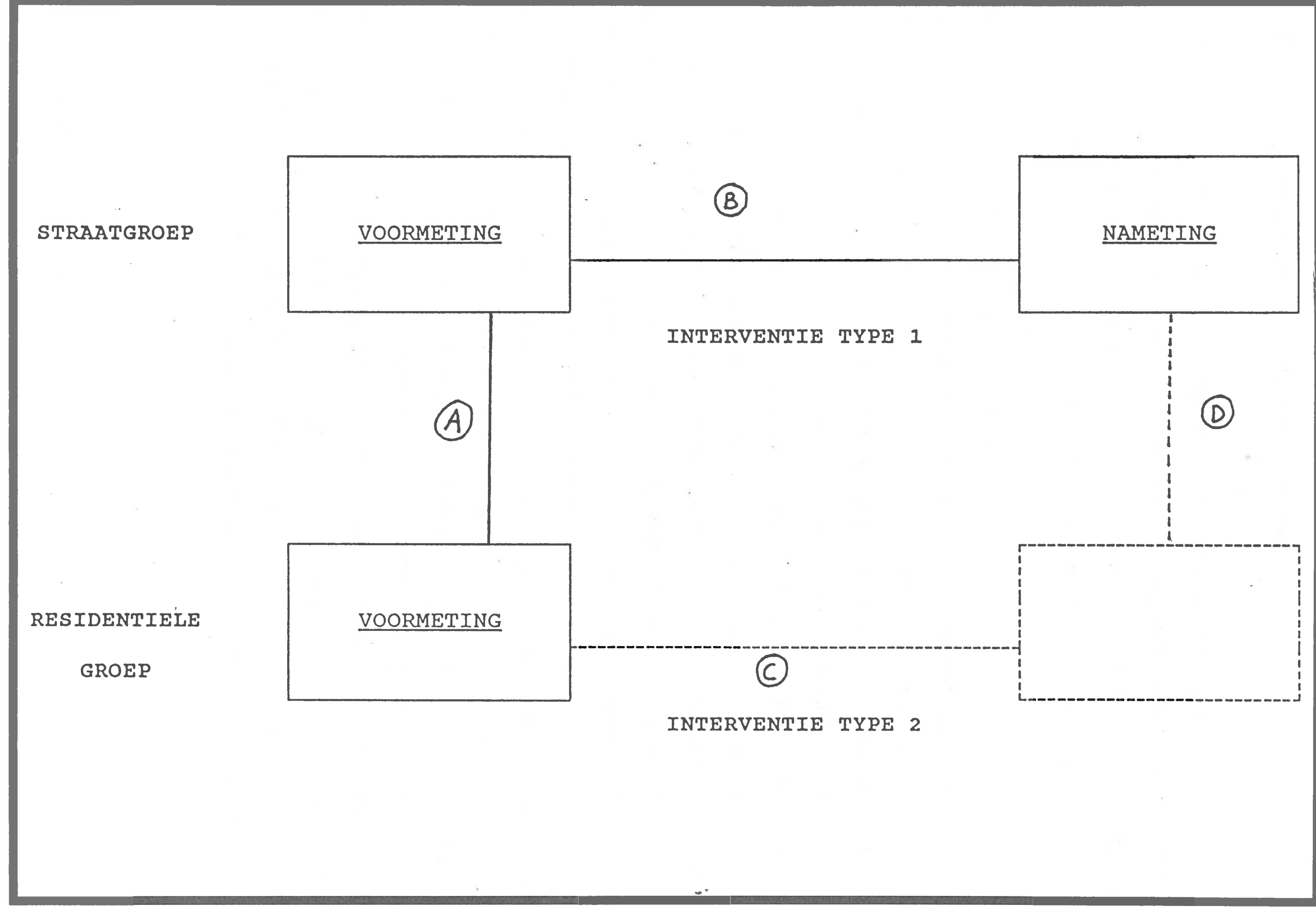
1. DOELSTELLINGEN

Vanuit de dringende behoefte aan preventieve methoden in verband met HIV-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers, werd een dubbel actie-onderzoek opgezet, gericht naar twee subpopulaties van injecterende drugsgebruikers. De eerste groep was een residentiële groep, bestaande uit injecterende drugsgebruikers die op het moment van het onderzoek verbleven in een residentieel ontwenningscentrum, de andere groep was een straatgroep, samengesteld uit injecterende drugsgebruikers die op het moment van het onderzoek niet in behandeling waren voor drugsproblemen. We vonden het enerzijds belangrijk om juist die injecterende drugsgebruikers die niet in contact komen met de hulpverlening te bereiken, aangezien zij een verhoogde kans op HIV-risicogedrag bezitten en aangezien zij bovendien tot nog toe weinig preventieve boodschappen in verband met HIV-besmetting hebben ontvangen, daar de traditionele kanalen voor de verspreiding van preventieboodschappen (de media, de hulpverlening, ...) hen niet bereiken. Anderzijds bieden de residentiële ontwenningscentra een unieke gelegenheid om daarnaast ook een relatief groot aantal drugsgebruikers op een beperkt aantal plaatsen te bereiken. Bovendien kan in dergelijke centra een Aidspreventieprogramma opgenomen worden in de dagelijkse werking van deze centra, waardoor het onderwerp intensiever kan worden behandeld. Daar er werd gewerkt met twee verschillende subpopulaties, in een zeer verschillende context, waren wij genoodzaakt om te kiezen voor twee afzonderlijke, op de specifieke doelgroep afgestemde, interventiestrategieën.

Daar zowel de populaties als de preventiemethodiek fundamenteel verschillend waren, kon het ook niet de bedoeling zijn om beide doelgroepen onderling te vergelijken qua effectiviteit van de interventies. Het was natuurlijk wel interessant om beide populaties volgens een aantal beschrijvende variabelen met elkaar te vergelijken.

In figuur 11 zien we hoe het onderzoek was opgebouwd.

Figuur 11: Opbouw van het onderzoek



2. WERKWIJZE

2.1. SUBJECTEN

Straatgroep

Daar het onderzoek in samenwerking met vzw Free Clinic[4] gebeurde, en deze organisatie reeds over goede contacten in het Antwerpse drugsmilieu beschikte, en daar Antwerpen bovendien als grote havenstad tenslotte heel wat drugsgebruikers aantrekt en herbergt, werd Antwerpen als uitvalsbasis gekozen voor het onderzoek bij de straatgroep.

Injecterende drugsgebruikers werden gecontacteerd door middel van snowballing. Via een tweetal ex-injecterende drugsgebruikers die een substituutbehandeling van Free Clinic volgden, werden contacten gelegd met andere drugsgebruikers. Deze mensen brachten op hun beurt nog andere drugsgebruikers - spuiters en niet-spuiters - aan enzovoort. In totaal werden een zestigtal injecterende drugsgebruikers weerhouden voor het onderzoek. Deze contacten werden in de loop van een periode van zes maanden verzameld.

In het begin van het onderzoek was het van belang om een vertrouwensrelatie op te bouwen met het Antwerpse drugsmilieu. In eerste instantie waren drugsgebruikers nogal verwonderd dat er een project liep dat speciaal op hen was afgestemd en dat niet in de eerste plaats was gericht op ontwenning. Ze vonden het soms moeilijk om dit te geloven. Er waren bijgevolg in de beginperiode van het onderzoek nogal wat injecterende drugsgebruikers die wel wisten dat een dergelijk project liep, maar die eerst de kat uit de boom wilden kijken. De drugsgebruikers die wel deelnamen in die periode vertelden regelmatig dat sommige mensen de zaak niet echt vertrouwden. Ook al konden enkelen geloven dat de onderzoeker het goed met hen meende, dan nog waren ze een beetje terughoudend, omdat ze vermoedden dat politiediensten misschien alles nauwgezet volgden. Daarom was het - zeker in het begin van het onderzoek - belangrijk erop te wijzen dat er een

[4]vzw Free Clinic is een Centrum voor Levens- en Gezinsvragen, waar ook drugsgebruikers terecht kunnen voor onder meer methadonprogramma's. Vanwege zijn laagdrempeligheid geniet het centrum heel wat vertrouwen in het drugsmilieu.

overeenkomst bestond met de politiediensten dat de mensen die deelnamen aan het project niet speciaal in het oog gehouden zouden worden, en dat ze niet konden vervolgd op opgesloten worden ten gevolge van het bezit van preventiemateriaal afkomstig uit het project.

Wanneer het project reeds een tijdje aan de gang was, stelden de drugsgebruikers meer en meer vast dat diegenen die meededen niets overkwam waar ze voor vreesden, en begonnen ze zich zelf spontaan aan te bieden. Aangezien het hele onderzoek moest worden afgerond na één jaar, hadden we van tevoren een periode van zes maanden vastgelegd tijdens dewelke de voormetingen (= begin van deelname aan het project) moesten gebeuren. Dit was noodzakelijk daar de nameting zes maanden na de voormeting afgenomen zou worden.

Residentiële groep

Deze groep bestond uit injecterende drugsgebruikers, die in de loop van het onderzoek gedurende een minimumperiode verbleven in één van de residentiële ontwenningscentra die hun medewerking aan het onderzoek hadden toegezegd. Deze minimumperiode was afhankelijk van de totale opnameduur van het betreffende centrum, en kwam overeen met de eerste fase/module van het behandelingsschema.

De subjecten werden opgezocht in de volgende centra:

- Therapeutische Gemeenschap De Spiegel, te Brussel;
- Therapeutische Gemeenschap Katarsis, te Genk;
- Therapeutische Gemeenschap De Kiem, te Oosterzele;
- Therapeutische Gemeenschap De Sleutel, te Merelbeke;
- KTP[5] ADIC (Antwerps DrugInterventie Centrum), te Antwerpen;
- Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria, te Sint-Truiden;
- Psychiatrisch Ziekenhuis De Pelgrim, te Scheldewindeke.

---

[5]KTP staat voor kortdurend therapeutisch programma.

Ook in deze groep werd de fase van de voormeting beperkt tot een periode van zes maanden, en dit omwille van de zelfde redenen als bij de straatgroep.

2.2. METHODE

Het onderzoeksdesign (zie schema) bestond uit een voormeting, een preventieve fase, en een nameting. Voor beide doelgroepen beschikken we over een voormeting. Dit leverde informatie op over een aantal descriptieve variabelen, en daarnaast ook over het niveau van risicogedrag in de twee groepen. Het betreft hier 60 individuen uit de straatgroep en 68 individuen uit de residentiële groep. In beide populaties werd vervolgens een verschillend preventieprogramma uitgevoerd (interventie type 1 en 2 in figuur 11).

2.2.1. VOORMETING

Straatgroep

Bij de kennismaking werd het onderzoek voorgesteld. Wanneer de persoon wilde deelnemen, werd bij hem/haar een semi-gestructureerd interview afgenomen. Dit interview was niet anoniem, daar we de personalia nodig hadden om de mensen terug te kunnen vinden voor de nameting, maar een vertrouwelijke behandeling van de gegevens werd wel verzekerd. Elk interview kreeg een code toegewezen. De naam van de persoon op wie de code betrekking had, was enkel bekend bij de onderzoeker.

Residentiële groep

De voormeting vond zo vroeg mogelijk plaats tijdens de opname, indien deze mogelijkheid bestond in het centrum, bij de intake-procedure. Dit interview was niet anoniem in de meeste ontwenningscentra. Dit was niet het geval in twee centra (Katarsis en PZ Sancta Maria), waar met de verantwoordelijken omwille van hun deontologische code was overeengekomen dat zijzelf zouden instaan voor het opnieuw contacten leggen voor de follow-up, zodat het voor de onderzoeker niet noodzakelijk was om naar namen of adressen te vragen bij de afname van het interview.

Net voor het van start gaan van de preventieve fase werd van hen eerst nog een diepte-interview afgenomen rond riskant gedrag, waarbij meer werd ingegaan op onderliggende emotionele en motivationele factoren.

2.2.2. PREVENTIEVE FASE

Straatgroep: interventie type 1

Zodra van een individu een voormeting was afgenomen, kon hij/zij gebruik maken van alle faciliteiten die het project aanbood:

- *spuitenruil*: men kon gebruikte spuiten komen inruilen voor nieuwe spuiten. Het ging hier om een ruil. Dit betekende dat men niet moest betalen voor de nieuwe spuiten, maar dat wel werd verwacht dat men de vuile spuiten terug inleverde. Voor elke ingeleverde spuit kon men een steriele krijgen;
- *naaldcontainer*: men kreeg tevens een naaldcontainer mee waarin men de gebruikte spuiten kon wegbergen. Zo'n containertje had een capaciteit van ongeveer 20 spuiten. Het liet toe om de spuiten op een handige manier bij te houden en garandeerde discretie bij het ruilen van de spuiten;
- *alcoholswabs*: men kon alcoholswabs verkrijgen, dit zijn kleine doekjes gedrenkt in alcohol, die een ontsmettende werking hebben. Ze worden gebruikt om de injectieplaats te desinfecteren;
- *watten*: er waren eveneens watjes te krijgen,die als filter gebruikt worden wanneer men de drugsoplossing optrekt in de spuit;
- *bleekwater*: er waren kleine flesjes bleekwater beschikbaar om spuiten mee te ontsmetten, en waarop een zelfklever met gebruiksaanwijzing was aangebracht;
- *condooms*: men kon zoveel condooms krijgen als men nodig had, zowel vaginale als anale;
- *counseling*: men kon de onderzoeker aanspreken over allerlei onderwerpen en eventuele problemen, en indien nodig en door hen gewenst, werd er doorverwezen naar meer gespecialiseerde diensten;
- *relatiegeschenk*: vzw Payoke, een organisatie in Antwerpen die opkomt de rechten en belangen van de prostitué(e)s, ontwikkelde in het kader van hun Aidspreventie-campagne

een sleutelhanger waarin een condoom kon worden opgeborgen. Daar deze sleutelhangers in de eerste bedoeld waren voor de klanten van prostitué(e)s, werden ze 'relatiegeschenk' gedoopt. Wij kregen toestemming om in het onderzoek gebruik maken van deze sleutelhangers. Iedere deelnemer aan het project kreeg er één indien men dit wilde, en de prostitué(e)s kregen er meerdere, bestemd voor hun klanten.

Voor al deze voorzieningen konden de deelnemers aan het project terecht bij de onderzoeker, die vier dagen op vijf een permanentie van drie uur (12u-15u) hield in een aantal café's verspreid over de stad Antwerpen. Deze permanenties vonden alle plaats in de namiddag, met daarnaast nog één avondpermanentie per week in de prostitutiebuurt. De café's werden geselecteerd op basis van twee factoren:
(1) *de locatie*: er werd gestreefd om deze café's in verschillende delen van Antwerpen te kiezen, zodat er voor de meesten altijd éénmaal per week permanentie was in de eigen woonbuurt;
(2) *het specifieke karakter van het café*: we wilden niet in de specifieke gebruikerscafé's werken, maar ook niet in een doorsnee café. We vonden een café met een gemengd en vrij verdraagzaam publiek de meest geschikte keuze: op deze plaatsen vielen de deelnemers niet op, zonder dat meteen duidelijk werd dat het drugsgebruikers waren (wat wel geval is in de typische gebruikerscafé's).

Tijdens deze contacten werden informele gesprekken gehouden over allerlei onderwerpen die hen aanbelangden en werd ook regelmatig gesproken over de specifieke risico's die ze konden lopen en hoe ze die konden vermijden.

Daarnaast konden subjecten tussen 14u en 20u eveneens terecht bij Free Clinic voor preventiemateriaal. Dit kwam bijvoorbeeld van pas wanneer men te laat was voor de permanentie, of wanneer men geen behoefte had aan contact met anderen op dat moment. Aangezien een strikt vertrouwelijke behandeling was gegarandeerd, was het niet mogelijk om op Free Clinic een lijst achter te laten met de deelnemers aan het project. Daarom werd aan de mensen die preventiemateriaal kwamen halen op Free Clinic gevraagd om bijvoorbeeld enkel hun voornaam of een schuilnaam op een blad te schrijven, zodat de

onderzoeker wist om wie het ging zonder dat de identiteit van de gebruiker werd vrijgegeven aan derden.

Van alle personen die deelnamen aan het onderzoek werd een steekkaart bijgehouden waarop vermeld werd hoeveel, wanneer, en van welke voorzieningen de persoon in kwestie gebruik maakte.

Residentiële groep: interventie type 2

Na een bepaalde periode, afhankelijk van de voorziene totale opnameduur in het centrum, namen de subjecten deel aan de preventieve fase. Deze preventieve fase werd in samenspraak met de deelnemende centra ontwikkeld.

Er werd overeengekomen om in alle centra regelmatig een reeks van sessies te organiseren, die overal op de zelfde manier werd uitgewerkt:

(1) ***Informatiesessie (deel 1)***: De video 'een rotzomer', ons ter beschikking gesteld door het IPAC (InterProvinciaal AidsCoördinaat), is een fictief verhaal over jonge mensen en seropositiviteit dat een goede inleiding bood op het thema. Hierop aansluitend kon informatie worden verstrekt over HIV, Aids en risicogedrag, waarbij men zorgde dat men de informatiehandleiding, die hen werd bezorgd, volgde. Men schetste de problematiek in grote lijnen. Alle elementen kwamen reeds aan bod. Er werd gelegenheid gegeven tot het stellen van vragen en discussie om de informatie-overdracht te bevorderen;

(2) ***Informatiesessie (deel 2)***: Deze sessie begon met (elementen van) het Aids-gezelschapsspel, waardoor men een idee kreeg van wat de doelgroep had begrepen en onthouden en wat niet. In deze sessie lag het accent op het verwerven van de vaardigheid om zelf risicogedrag in te schatten. Hiertoe was er een handleiding samengesteld volgens de 'Intervention Manual' van Wiebel (1992). Idealiter gebeurt het aanleren van realistische risicoschattingen individueel; de stafleden konden echter deze methode ook in kleine groepjes toepassen. Vooroordelen, rolpatronen, ethische kwesties, enz ... konden aan bod komen;

(3) ***Condoompracticum***: In deze sessie draaide het vooral om praktische vaardigheden. De jongere werd vertrouwd gemaakt met het gebruik van een condoom, zodat de kans op

mislukking (en dus ook op weerstand ten opzichte van condoomgebruik) kleiner wordt. Met behulp van een kunstpenis werd gedemonstreerd hoe men juist een condoom moet aanbrengen. Iedereen kreeg enkele condooms mee, zodat in alle intimiteit geoefend kon worden. De vrouwen konden hiervoor een kunstpenis gebruiken;

(4) ***Sessie rond terugval en veilig drugsgebruik***: In de laatste sessie kwam terugval in drugsgebruik en alle daarmee verbonden risico's met betrekking tot HIV-besmetting aan bod. Hoe dit juist ingevuld werd, werd bepaald door de stafleden. Het kwam er in feite op neer dat dieper werd ingegaan op alle mogelijke risico's van drugsgebruik.

Van alle subjecten die deelnamen aan het onderzoek, werd bijgehouden aan welke sessies hij/zij heeft deelgenomen en hoeveel maal.

2.2.3. NAMETING

Straatgroep

Na zes maanden werden de deelnemers aangesproken voor de nameting. Een heel aantal onder hen kwamen regelmatig naar de permanenties en konden daar even ter zijde worden genomen voor de afname van het interview; de anderen werden opnieuw opgezocht.

Van een heel groot deel van de straatgroep beschikken we over een nameting. Een heel aantal personen die aan het onderzoek participeerden, 48 in het totaal, zijn opnieuw bevraagd zes maanden na de voormeting. Van twaalf personen, waaronder drie die in de loop van het onderzoek zijn overleden aan een overdosis, kon geen interview worden afgenomen. Dat de anderen niet konden worden geïnterviewd was meestal (namelijk in zes gevallen) te wijten aan het feit dat deze personen nooit regelmatig naar het project kwamen omdat het contact werd verbroken vooraleer er zich een vertrouwensband had kunnen ontwikkelen. Zo was er iemand van wie de politie bij de routinecontrole een naaldcontainer afnam die hij bij de eerste ontmoeting met de onderzoeker had gekregen. Hij vertrouwde het zaakje niet meer en besloot weg te blijven. Dan waren er ook twee mensen die uit angst een vals adres hadden opgegeven en die daarna ook niet meer van zich lieten horen. Nog drie anderen vormden een gezin: een moeder met twee zonen.

Vlak na de voormeting ontstonden er ernstige problemen met kennissen uit het drugsmilieu, zodat ze verhuisden zonder een adres achter te laten en braken met iedereen die ze kenden.

De andere zes konden niet meer worden opgezocht omwille van omstandigheden. Een tweetal personen zijn in het najaar, na toch een hele tijd te hebben deelgenomen aan het project, naar het zuiden getrokken om fruit te gaan plukken in de hoop dat ze in een andere omgeving beter zullen kunnen ontwennen zonder te terugvallen. Ze waren zich ervan bewust dat wanneer ze in Antwerpen bleven de bekendheid met het milieu hen gemakkelijk zou kunnen doen terugvallen in oude gewoontes. Nog iemand anders is naar Rotterdam verhuisd om zijn vrouw te gaan zoeken die daar in het prostitutiemilieu spoorloos was verdwenen.

In de loop van het onderzoek zijn twee vrouwen en één jongeman overleden aan een overdosis. Eén vrouw (33 jaar) was net een ontwenningsprogramma begonnen en was terug vol goede moed. Zij overleed aan een overdosis Lexothan, een veel gebruikt kalmeermiddel bij heroïne- en amfetaminegebruikers. De andere was een jong meisje (23 jaar) dat nog maar pas een Therapeutische Gemeenschap had verlaten na acht maanden opname. Zij stierf aan overdosis heroïne. Enkele dagen na het beëindigen van de spuitenruil overleed een jongeman (20 jaar) uit het project aan een overdosis. Hij was sinds enkele weken ontslagen uit de gevangenis en wilde uit het milieu stappen. Daarom was hij terug bij zijn moeder gaan wonen, ver van Antwerpen. Waarschijnlijk wilde hij afscheid nemen van dit milieu door nog één keer, met nieuwjaar, cocaïne te gebruiken. Niemand van deze mensen kon worden geïnterviewd voor het overlijden.

Residentiële groep

De oorspronkelijke bedoeling was om alle subjecten in verband met de nameting te interviewen wanneer zij al terug een tijdje blootgesteld waren aan de dagdagelijkse realiteit. Er werd een periode van zes maanden vooropgesteld. Tijdens deze periode zijn minstens één jongeman en één meisje overleden aan een overdosis heroïne, kort na het verlaten van de ontwenningsinstelling.

Bij de residentiële groep lag de nameting heel wat moeilijker dan bij de straatgroep. Eerst en vooral was er het probleem van tijdsnood. Oorspronkelijk was het onderzoeksproject aangevraagd voor een periode van vier jaar; uiteindelijk was het echter maar toegekend voor twee jaar. Hierdoor waren op het tijdstip dat met de follow-up moest worden begonnen een groot aantal van de subjecten nog steeds in behandeling (het ging voornamelijk om langdurige ontwenningsprogramma's) of hadden zich ondertussen ergens anders laten opnemen. De mensen die toch al waren ontslagen uit hun opname, keerden in veel gevallen terug naar hun oude vertrouwde milieu. De contactadressen die ze hadden opgegeven bij de voormeting was meestal dat van hun ouders, en deze mensen wisten over het algemeen niet waar hun zoon of dochter verbleef.

Deze tijdsnood had ook nog een tweede aspect. Omdat de onderzoeker de subjecten slechts eenmaal had ontmoet, was het zeer moeilijk om in zo'n korte tijdspanne al deze mensen over heel Vlaanderen te gaan opsporen, terwijl daarnaast door diezelfde onderzoeker de dagelijkse permanentie in de straatgroep moest worden verzorgd, en daarnaast ook de follow-up in deze groep.

Bovendien bleek dat binnen het specifieke kader van de verschillende deelnemende ontwenningscentra het soms erg moeilijk bleek om het preventieprogramma uit te voeren zoals oorspronkelijk was gepland. Er ontbrak dus eenvormigheid in de realisatie van het preventieproject, wat een extra probleem kon betekenen voor de interpretatie van de onderzoeksgegevens.

Daarnaast stelden een tweetal centra voor, volgens de deontologie van de instelling wat betreft de anonimiteit van de subjecten, dat de contacten voor de nametingen via het centrum zelf zouden verlopen. Uiteindelijk bleek dat men enkel die mensen ertoe kon overhalen om deel te nemen aan de follow-up die nog in ambulante nabegeleiding waren op het centrum zelf. Het betrof hier uitsluitend en slechts een kleine minderheid van mensen die waren clean gebleven. Indien men deze gegevens zou hanteren om de effectiviteit van het programma te onderzoeken, zou dit een zeer vertekend beeld geven.

Om al deze redenen werd tenslotte in de eerste plaats gekozen voor een proces-evaluatie van (de implementatie van) het preventieprogramma in de verschillende therapeutische settings. De onderzoeker had met elk van de verantwoordelijken van de ontwenningscentra een gesprek waarin alle aspecten van het onderzoek aan bod kwamen (ervaringen van het personeel, reacties van de residentiëlen, opbouw van de preventieve sessies, eventuele suggesties, ...).

2.2.4. MEETINSTRUMENTEN

De voormeting gebeurde aan de hand van een gecombineerde vragenlijst. Deze vragenlijst is een semi-gestructureerd interview, bestaande uit de afname van de volledige Addiction Severity Index (ASI^R, Hendriks *et al.*, 1991), waarvan wij een Vlaamse aanpassing maakten voor dit onderzoek, aangevuld met enkele items uit de E.E.G.-vragenlijst, die gehanteerd werd in een E.E.G.-onderzoek rond het risicogedrag van injecterende drugsgebruikers in de verschillende lidstaten. Het interview, zoals gebruikt in het onderzoek, is te vinden in bijlage.

Aan alle personeelsleden in de residentiële settings die actief participeerden aan het onderzoek, werd een tweedaagse training aangeboden in de afname van de ASI^R. Deze training werd gegeven door Vincent Hendriks en Peter Blanken, die een Nederlandse aanpassing van de ASI ontwikkelden.

Voor de nameting werd een verkorte versie van dezelfde vragenlijst gebruikt. Deze follow-up versie bevat enkel vragen aan de hand waarvan veranderingen kunnen worden vastgesteld (bijvoorbeeld, de beginleeftijd van heroïnegebruik is een onveranderlijk gegeven en werd bijgevolg uit de follow-up versie geweerd). De follow-up vragenlijst bestond uit de in vet weergegeven vragen in de bijlage.

2.2.5. BASISVERWERKING VAN DE ONDERZOEKSGEGEVENS

De gegevens, die met behulp van deze instrumenten werden verzameld, werden op verschillende wijzen aangewend. De verwerking gebeurde op de volgende manier.

Eerste niveau van verwerking

Ernstscores: De ASI^R is opgebouwd uit vragen over een aantal leefgebieden. Deze leefgebieden zijn: alcohol- en drugsgebruik, lichamelijke gezondheid, psychische, emotionele klachten, sociale relaties, arbeid/opleiding/inkomen, en justitiële problemen. Aan elk van deze leefgebieden wordt een ernstscore toegekend. Deze ernstscore geeft aan in hoeverre iemand nood heeft aan adequate additionele behandeling of hulp in dit levensdomein, ongeacht het feit dat zulke hulp beschikbaar is of zelfs maar bestaat.

Andere variabelen: Tenslotte beschikt men over een hele reeks andere variabelen, zowel van de gecombineerde vragenlijst als van de steekkaartgegevens, waarop statistische analyses kunnen worden uitgevoerd.

Kwalitatieve informatie: Bij de residentiële populatie was er tevens de informatie die werd bekomen uit de verwerking van de kwalitatieve gegevens uit de diepte-interviews, en van de onderzoeksgegevens uit de proces-evaluatie.

Tweede niveau van verwerking

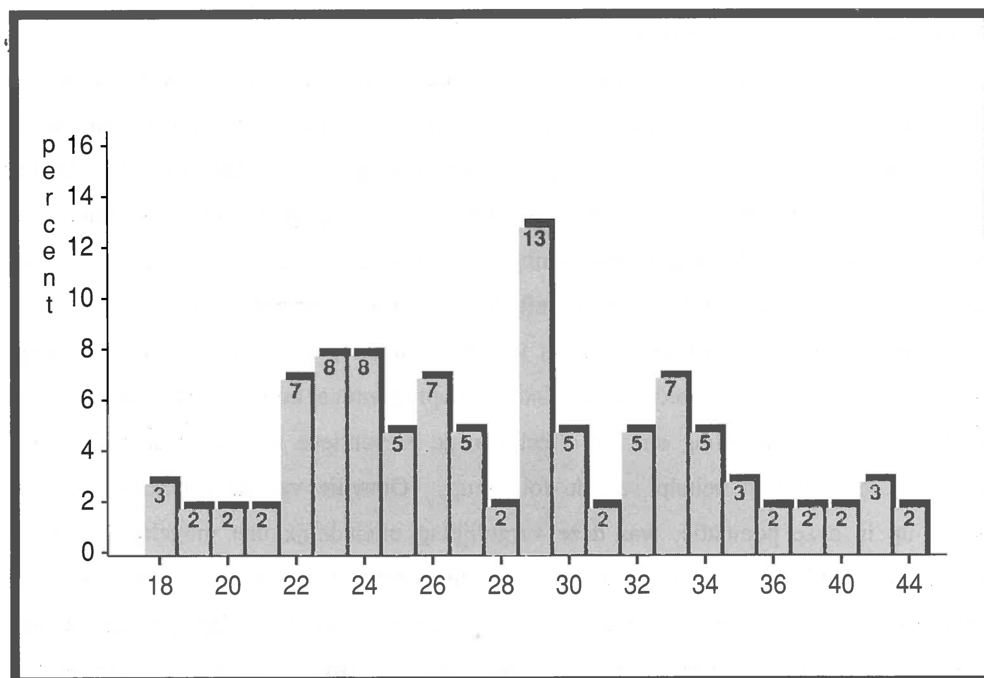
Zoals men kan zien in het onderzoeksschema (figuur 10), zijn er theoretisch gezien vier vergelijkingen mogelijk. Ten eerste beschikken we over twee voormetingen, één van de straatgroep (N = 60) en één van de residentiële groep (N = 68). Daar het de bedoeling was om in de straatgroep zoveel mogelijk injecterende drugsgebruikers te bereiken die zelden of nooit met de drugshulpverlening in aanraking komen, is het interessant om beide populaties te vergelijken wat betreft de descriptieve variabelen uit de vragenlijst. Ten tweede bestaat er voor 48 subjecten van de straatgroep een voor- en een nameting, zodat we de eventuele invloed van het interventieprogramma kunnen onderzoeken. Ten derde was het de bedoeling om het effect van de preventieve sessies in de residentiële groep na te gaan met behulp van de follow-up. Omwille van de problemen met de follow-up in deze populatie, was deze vergelijking uiteindelijk niet mogelijk. Om dit gemis op te vullen is er een proces-evaluatie ingevoerd. Ten vierde zou men ook nog beide nametingen kunnen vergelijken. Dit is echter nooit de bedoeling geweest, aangezien het hier gaat om twee verschillende populaties en twee verschillende interventies, zodat een vergelijking op dit vlak niet mogelijk is.

3. RESULTATEN

3.1. Vergelijking A: Verschillen tussen beide populaties wat betreft de voormeting

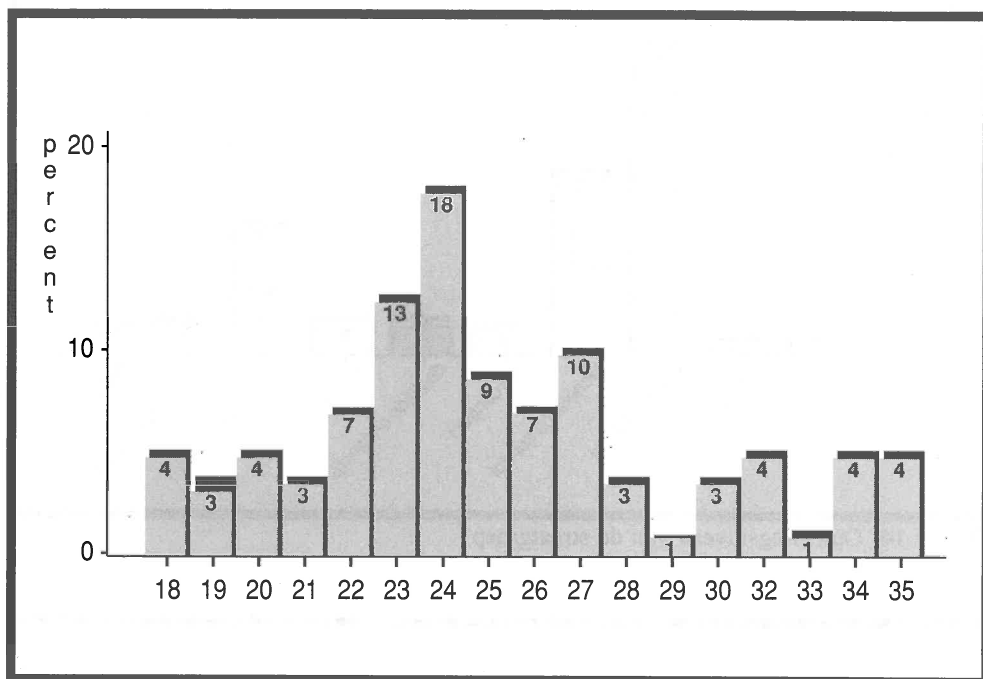
3.1.1. Descriptieve variabelen

De straatgroep bestaat uit 60 individuen, waarvan 78.3% mannen. Dit is niet significant verschillend van de residentiële groep, waarvan 79.3% mannelijk is (N = 68). De populaties zijn wel significant verschillend wat betreft de gemiddelde leeftijd (p = 0.002): deze bedraagt 28.2 jaar (van 18 tot 44 jaar) voor de straatgroep en 25.4 jaar in de residentiële groep (variërend tussen 18 en 35 jaar). Figuren 12 en 13 geven de leeftijdsverdeling voor beide populaties. De burgerlijke staat en de nationaliteit zijn niet significant verschillend. Meer dan driekwart van de straatgroep is ongehuwd (76.7). Bij de residen-



Figuur 12: Leeftijdsverdeling van de straatgroep

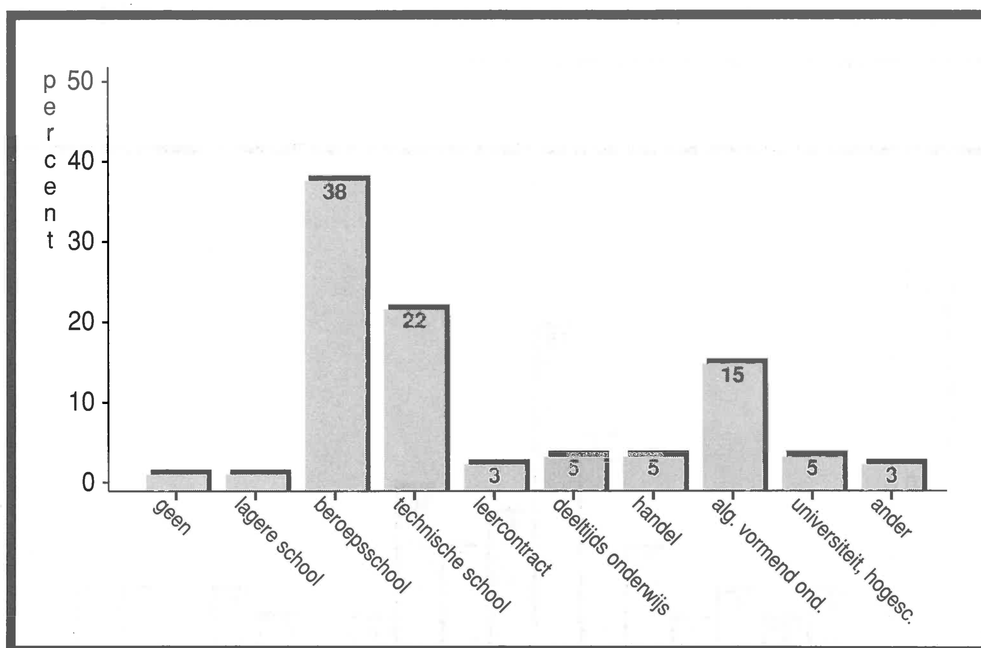
tiële groep is dit 77.9%. Het merendeel bezit de Belgische nationaliteit (95% van de straatgroep en 94.1% van de residentiële groep).



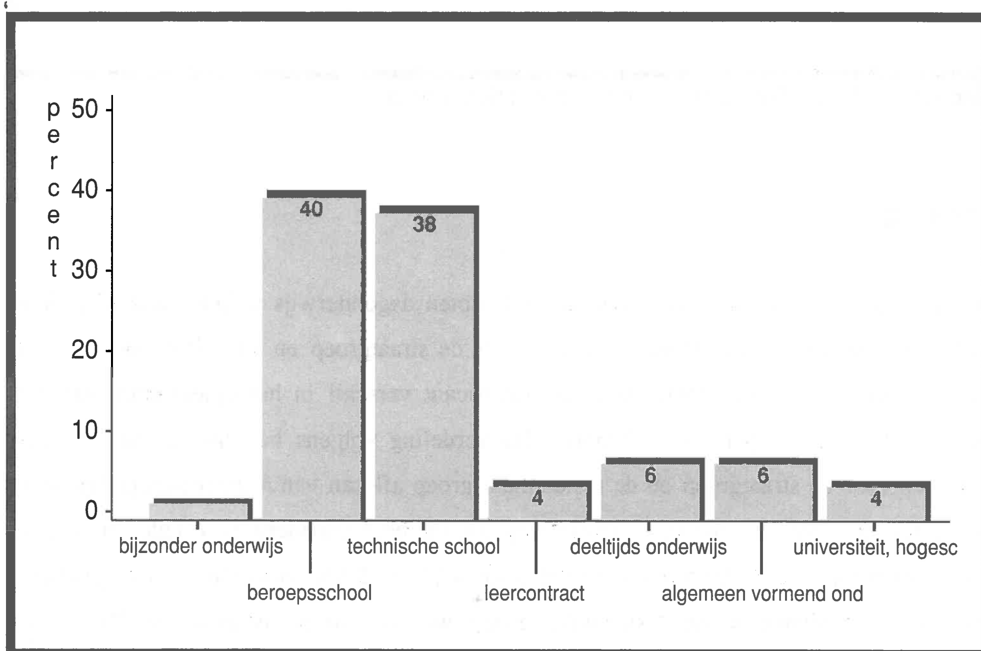
Figuur 13: Leeftijdsverdeling van de residentiële groep

Opleiding

Het gemiddeld aantal jaren dat men aaneengesloten dagonderwijs volgde, was niet significant verschillend: dat bedroeg 11.2 jaar voor de straatgroep en 11.0 jaar voor de residentiële groep. Er was echter wel een significant verschil in het opleidingsniveau van beide onderzoeksgroepen (p = 0.004). De verdeling volgens het niveau van opleiding kan men voor de straatgroep en de residentiële groep aflezen van respectievelijk figuur 14 en figuur 15. We zien dat in de straatgroep 38.3% beroepsonderwijs volgde, 20% technisch onderwijs, 16.7 algemeen vormend onderwijs, en 5.0% universiteit of hogeschool. Het opleidingsniveau in de residentiële groep was als volgt verdeeld: 39.7% volgde beroepsonderwijs, 38;2% technisch onderwijs, 5.9% algemeen vormend onderwijs, en



Figuur 14: Opleidingsniveau van de straatgroep



Figuur 15: Opleidingsniveau van de residentiële groep

4.4% universiteit of hogeschool. Er hebben in de residentiële groep dus meer mensen

technisch onderwijs gelopen, en minder mensen algemeen vormend onderwijs en universiteit/hogeschool. Er waren in deze populatie wel significant meer individuen die hun opleiding hebben afgesloten, namelijk 36.8% tegenover 15% in de straatgroep ($p = 0.004$). De overgrote meerderheid in beide doelgroepen zette zijn studies stop net voor het behalen van een diploma.
Hoewel er wel meer van de residentiële groep hun opleiding met een diploma afsloten, blijft er toch nog 36.8% van deze groep over die geen diploma bezitten.

Met andere woorden, beide populaties genoten gemiddeld evenveel jaren onderwijs; de straatgroep volgde wel zwaardere richtingen, maar de residentiële groep had in verhouding vaker de opleiding met een diploma beëindigd.

Levensonderhoud

De wijze waarop men in beide doelgroepen in zijn levensonderhoud voorziet is niet significant verschillend (zie tabel 5). Ongeveer een kwart leeft van een werkloosheids-

Tabel 5: Bron van inkomsten tijdens de zes maanden voorafgaand aan het onderzoek voor de residentiële en de straatgroep

	straatgroep	residentiële groep
werkloosheidsuitkering	28.3%	23.5%
bestaansminimum	23.3%	5.9%
loon	13.3%	20.6%
zelfstandig	1.7%	0.0%
invaliditeitsuitkering	3.3%	1.5%
ziekenkas	3.3%	7.4%
andere wijze	26.7%	36.8%

uitkering, maar een kwart (van de straatgroep) tot een derde (van de residentiële groep) rapporteert andere wijzen van levensonderhoud dan de conventionele. Bij navraag over de categorie 'anders' rapporteerden de meesten diefstal, inbraak, of detentie.
Meer dan driekwart van beide doelgroepen heeft schulden (in de straatgroep: 76.7% en in de residentiële groep 76.5%). Deze bedragen in de straatgroep gemiddeld 343 143 BF (range = 10 000 - 3 800 000 BF), en in de residentiële groep 167 793.5 BF (range = 1700-2 000 000 BF). Deze bedragen zijn niet significant verschillend.

3.1.2. DRUGSGEBRUIK

Vrijwel alle subjecten zijn polydrugsgebruikers; zij beperken zich niet tot één enkele drug. Wanneer men bij de straatgroep kijkt naar de voornaamste drug, is de groep grofweg in te delen in heroïne-injecteerders (65%) en amfetamine-injecteerders (35%). In

Tabel 6: Beginleeftijden in de straatgroep en de residentiële groep voor de verschillende drugs

produkt	straatgroep	residentiële groep
heroïne	19.8 (13-31 jaar)	20.0 (14-33 jaar)
methadon	25.6 (17-40 jaar)	22.3 (16-31 jaar)
cocaïne	20.5 (14-2 jaar)	20.2 (15-32 jaar)
amfetamines	18.2 (13-29 jaar)	18.9 (14-30 jaar)
medicijnen	20.0 (13-32 jaar)	20.9 (15-33 jaar)
LSD	18.0 (15-27 jaar)	18.4 (13-24 jaar)
cannabis	15.2 (11-21 jaar)	16.3 (12-26 jaar)
alcohol	17.1 (12-35 jaar)	16.6 (11-22 jaar)

tegenstelling tot de straatgroep bestaat veruit het merendeel (87.6%) van de residentiële groep uit heroïnegebruikers, slechts enkelen hebben amfetamines als belangrijkste drug.

De gemiddelde leeftijd waarop men is beginnen spuiten bedraagt 19.7 jaar (range = 13-37 jaar) voor de straatgroep en 20.5 jaar (range = 15-32 jaar) voor de residentiële groep. Het verschil is niet significant. De beginleeftijden voor de verschillende drugs zijn terug te vinden in tabel 6. Ze zijn gelijklopend voor beide populaties. Het is opvallend dat de beginleeftijden voor heroïne, cocaïne, en amfetamines toch wel vrij hoog liggen (respectievelijk 19.8, 20.5, en 18.2 jaar voor de straatgroep, en 20.0, 20.2, en 18.9 jaar voor de residentiële groep). Er zijn in beide groepen ook subjecten die pas drugs zijn beginnen gebruiken wanneer ze al een eind in de twintig zijn, en zelfs enkelen die de leeftijd van dertig jaar al overschreden hebben.

Tabel 7: Aantal jaren gebruik van verschillende drugs in beide onderzoeksgroepen

produkt + significantieniveau	straatgroep	residentiële groep
heroïne ($p = 0.001$)	7.5 (1-29 jaar)	4.8 (1-19 jaar)
methadon (n.s.)	2.6 (1-10 jaar)	1.8 (1-4 jaar)
cocaïne ($p = 0.006$)	6.4 (1-16 jaar)	4.1 (1-17 jaar)
amfetamines ($p < 0.001$)	5.3 (1-15 jaar)	2.6 (1-12 jaar)
medicijnen ($p < 0.001$)	6.8 (1-18 jaar)	3.2 (1-12 jaar)
LSD ($p = 0.009$)	3.8 (1-14 jaar)	1.6 (1-7 jaar)
cannabis ($p < 0.001$)	11.4 (1-30 jaar)	7.3 (1-20 jaar)
alcohol (n.s.)	7.2 (1-20 jaar)	6.8 (1-21 jaar)

Noot: Bij de berekening van het aantal jaren gebruik werden alle waarden kleiner dan 1 gelijkgesteld aan 1.

In tabel 7 staat het aantal jaren gebruik van de verschillende drugs vermeld voor beide populaties. Met uitzondering van alcohol en methadon liggen deze alle significant hoger bij de straatgroep dan bij de residentiële groep ($p < 0.001$ tot $p = 0.009$), wat logisch is daar de populatie in de straatgroep ouder is en de beginleeftijden voor de verschillende drugs niet significant verschillen.

In de straatgroep spuit men gemiddeld 4.8 keer per dag; dit is ongeveer evenveel als in de residentiële groep (4.5 maal per dag). Men besteedt gemiddeld ongeveer hetzelfde bedrag aan alcohol en drugs per maand in beide onderzoeksgroepen. In tabel 8 werd ook het aantal personen vermeld waarop deze gemiddelden betrekking hebben, daar heel wat respondenten 0 BF opgaven als antwoord op deze vraag. Zo waren er in de straatgroep bijvoorbeeld 24 (= 60-26) personen die geen geld hadden besteed aan alcohol in die maand.

Het bedrag dat werd besteed aan alcohol en drugs is wellicht een onderschatting, daar volgens de handleiding van de ASI[R] 0 BF werd genoteerd indien iemand drugs van iemand kon krijgen of ruilen voor iets anders. Het betreft hier dus niet het bedrag dat men daadwerkelijk nodig had voor de hoeveelheid drugs om normaal te kunnen functioneren.

Daar het merendeel van de residentiële groep al een tijdje in behandeling was voor het van start gaan van het onderzoek, suggereren deze cijfers dat men in de residentiële groep gewoon was om meer geld uit te geven aan alcohol en drugs dan in de straatgroep. Deze bedragen gaan immers over de tijdspanne van dertig dagen voorafgaand aan de voorme-

Tabel 8: Bedragen die men in beide groepen spendeerde aan alcohol en drugs in de maand voorafgaand aan het onderzoek

	straatgroep	residentiële groep
alcohol	3 819.5 (N = 26)	4 067.6 (N = 14)
drugs	44 094.3 (N = 53)	62 774.2 (N = 27)

ting van het onderzoek, terwijl de voormeting van het onderzoek vrijwel nooit werd afgenomen op de eerste dag van de opname in het betreffende ontwenningscentrum. In deze periode van dertig dagen had men vaak reeds een fysische ontwenning achter de rug in een crisisopvangcentrum, of was men al een paar weken in het centrum.

Opvallend is het feit dat een aanzienlijk aantal mensen uit beide groepen totaal geen geld uitgaf aan alcohol tijdens de maand voorafgaand aan het onderzoek: in de straatgroep was dit het geval voor 34 personen (56%), voor de residentiële groep voor 54 personen (79%). Bij de interpretatie van deze cijfers moet men voor de residentiële groep met dezelfde restrictie rekening houden als in voorgaande paragraaf.

3.1.3. CONTACTEN MET DE DRUGSHULPVERLENING

Straatgroep

Tabel 9: Contacten van de straatgroep met de drugshulpverlening

behandelingsprogramma	nooit		één maal		> één maal	
	N	%	N	%	N	%
privébehandeling	51	85	7	11.6	2	3.4
ambulante therapie	54	90	6	10	0	0
methadonprogramma	39	65	7	11.6	14	23.3
PAAZ-dienst	54	90	3	5	3	5
psychiatrische kliniek	49	81.7	4	6.7	7	11.6
CrisisInterventieCentrum	39	65	15	25	6	10
Therapeutische Gemeenschap	48	80	9	15	3	5

In tabel 9 kan men terugvinden hoeveel personen van de straatgroep vóór het onderzoek reeds in contact zijn gekomen met de drugshulpverlening. Een derde (33.3%) van deze populatie is nooit in behandeling geweest voor drugsproblemen. Slechte 10% volgde ooit een ambulant ontwenningsprogramma of een programma op een PAAZ-dienst, 15% was in privé-behandeling voor te ontwennen, 19.3% is al eens opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek of ontwenningskliniek, en 20% heeft ooit in een therapeutische gemeenschap verbleven. De meest voorkomende ontwenningsbehandelingen in deze groep zijn methadonprogramma's (35%) en CrisisInterventieCentra (35%).

Uit tabel 9 kan men ook afleiden dat, indien er sprake is van contact met de drugshulpverlening, dit contact meestal éénmalig is. Enkel methadonprogramma's en opnames in psychiatrische of ontwenningsklinieken komen gemiddeld frequenter meer dan eens voor.

Residentiële groep

Tabel 10: Contacten van de residentiële groep met de drugshulpverlening

behandelingsprogramma	nooit		één maal		> één maal	
	N	%	N	%	N	%
privébehandeling	45	66.2	12	17.6	11	16.2
ambulante therapie	50	73.6	12	17.6	6	8.8
methadonprogramma	44	64.7	14	20.6	10	14.7
PAAZ-dienst	42	61.8	15	22.0	11	16.2
psychiatrische kliniek	33	48.5	23	33.8	12	17.6
CrisisInterventieCentrum	32	47.0	18	26.5	18	26.5
Therapeutische Gemeenschap	16	23.5	42	61.8	10	14.7

Afgezien van het feit dat de subjecten uit de residentiële groep op het moment van het onderzoek in een drugshulpverleningsinstelling verbleven, hadden zij in het verleden toch al significant meer contacten met de drugshulpverlening gehad (tabel 10). Slechts voor 8.8% is de opnamesetting waarin zij deelnamen aan het onderzoek de eerste ontwenningsbehandeling die zij volgden. Dit wil zeggen dat 91.2% reeds voorgaande ervaring met de drugshulpverlening heeft gehad. Men had het meeste contact gehad met therapeutische gemeenschappen (76.8%), crisisinterventiecentra (53.0%), en psychiatrische en ontwenningsklinieken (51.5%). Maar ook alle andere soorten ontwenningsprogramma's werden door een groot aantal onder hen uitgeprobeerd.

Veruit de meeste verschillen tussen de straatgroep en de residentiële groep wat betreft het gemiddeld aantal contacten met de verschillende soorten drugshulpverlening zijn significant (zie tabel 11). Dit is enkel het geval voor het aantal gevolgde methadonprogramma's en net niet voor het aantal opnames in crisisinterventiecentra, beide behorende tot de meer laagdrempelige voorzieningen in de drugshulpverlening.

Tabel 11: Significantieniveau van de verschillen tussen de straatgroep en de residentiële groep wat betreft het aantal contacten met de drugshulpverlening

behandelingsprogramma	significantieniveau
privébehandeling	p = 0.039
ambulante therapie	p = 0.009
methadonprogramma	p = 0.668
PAAZ-dienst	p = 0.01
psychiatrische kliniek	p = 0.01
CrisisInterventieCentrum	p = 0.06
Therapeutische Gemeenschap	p = 0.0001

41.7% van de straatgroep is gedurende de afgelopen drie jaar minimum één maal op eigen kracht een tijdje clean geweest Bij de residentiële groep is dit 60.3%. Dit is maar liefst 18.6% meer dan in de straatgroep. De lengte van de periode dat men op deze wijze niets meer gebruikte, was gemiddeld 25.2 weken voor de straatgroep en slechts 11.4 weken voor de residentiële groep. Dit verschil is significant ($p = 0.02$).

Ongeveer één op vier personen (23.3%) in de straatgroep hadden ooit al eens een overdosis gehad. Dit cijfer lag significant hoger in de residentiële groep, waar 52.9% in het verleden één of meerdere overdosissen hadden gehad ($p = 0.045$). In beide populaties waren er veel minder mensen die ooit al eens een delirium hadden gehad (8.3% voor de straatgroep en 8.8% in de residentiële groep).

3.1.4. ERNSTSCORES VOOR DE VERSCHILLENDE LEEFGEBIEDEN

Het is ook interessant om na te gaan in hoeverre de algemene levenssituatie van de subjecten uit beide onderzoekspopulaties verschillen. een eerste aanwijzing hiervoor zijn de ernstscores per levensdomein. Tabel 12 geeft een overzicht van de gemiddelde ernstscores per leefgebied uit de voormeting voor zowel de straatgroep als de residentiële groep.

Meer dan de helft van de gemiddelde ernstscores voor de zeven levensdomeinen zijn significant hoger in de residentiële groep dan in de straatgroep. Enkel de leefgebieden lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen en drugsproblemen zijn niet significant verschillend. De verschillen zijn het grootst voor alcohol- en sociale problemen, maar

Tabel 12: Gemiddelde ernstscores per leefgebied voor de straat- en de residentiële groep en het significantieniveau van de verschillen

LEEFGEBIED	gemiddelde ernstscore		significantie-niveau
	STRAATGROEP	RESIDENTIËLE GROEP	
lichamelijke gezondheid	1.017	1.353	n.s.
arbeid, opleiding, inkomen	3.400	2.603	n.s.
alcoholproblemen	0.333	1.603	< 0.001
drugsproblemen	5.500	5.750	n.s.
juridische problemen	1.833	3.176	0.005
sociale problemen	1.183	3.250	< 0.001
psychische problemen	2.467	3.721	0.01

ook de gemiddelde ernstscores voor juridische en voor psychische problemen liggen significant hoger in de residentiële groep.

3.1.5. Riskant gedrag

3.1.5.1. Riskant drugsgebruik

Een eerste indicator die erop kan wijzen dat in het verleden riskant injecteergedrag heeft plaatsgevonden, is de prevalentie van hepatitis. Deze overdraagbare aandoening verspreidt zich immers op de zelfde wijze als het HIV.

Daar geen van beide groepen systematisch werd gescreend op de aanwezigheid van antilichamen voor hepatitis, beschikken we over geen juiste prevalentiecijfers van hepatitis. In de vragenlijst werd wel geïnformeerd naar eventuele hepatitis in het verleden (vraag I, 4a: "Heb je ooit geelzucht (hepatitis) gehad ?"). Het antwoord hierop berust echter op zelfrapportage en geeft ons weinig informatie over de daadwerkelijke situatie.

In de straatgroep rapporteert 45% dat hij of zij ooit hepatitis had gehad; in de residentiële groep bedroeg dit cijfer 72.1%. Dit verschil is significant ($p = 0.045$), wat ten dele kan worden toegeschreven aan het feit dat in de meeste ontwenningsinstellingen bij de opname een hepatitis-test wordt afgenomen. Wellicht waren er meer mensen in de straatgroep besmet met het hepatitis-virus dan ze zich zelf realiseerden. Deze veronderstelling wordt bevestigd door spontane antwoorden van verscheidene subjecten in de residentiële groep op deze vraag op de volgende wijze:

> "Ik dacht van niet. Maar toen ik hier binnenkwam, hebben ze mij een bloedtest afgenomen, en ze hebben afweerstoffen tegen hepatitis gevonden in mijn bloed. Dus moet ik in het verleden wel hepatitis hebben gehad, maar ik heb er nooit iets van gemerkt."

In tabel 13 vindt men de gegevens terug in verband met het voorkomen van riskant injecteergedrag in het verleden bij de beide doelgroepen. Tijdens de voormeting rapporteerde 78.3% van de subjecten uit de straatgroep in het verleden spuiten gedeeld te

hebben met anderen: 50% verklaarde dat dit soms gebeurde, bij 28.3% gebeurde dit vaak. Wanneer men de periode van zes maanden voorafgaand aan het onderzoek bevroeg, daalde dit cijfer tot 50%, waarvan 41.7% tijdens die periode soms spuiten gedeeld had met anderen, en 8.3% vaak (tabel 14). Het risicovolle drugs injecteren van de resi-

Tabel 13: Riskant injecteergedrag van de straat- en de residentiële groep in het verleden

OOIT GESPOTEN ?	STRAATGROEP	RESIDENT. GROEP
uitsluitend met eigen en schone spuiten	21.7%	32.3%
spuiten soms met één of meer anderen gedeeld	50.0%	36.8%
spuiten vaak met één of meer anderen gedeeld	28.3%	30.9%

Tabel 14: Riskant injecteergedrag in de straat- en de residentiële groep tijdens de laatste zes maanden voorafgaand aan het onderzoek

LAATSTE HALF JAAR GESPOTEN ?	STRAATGROEP	RESIDENT. GROEP
uitsluitend met eigen en schone spuiten	50%	54.4%
spuiten soms met één of meer anderen gedeeld	41.7%	23.5%
spuiten vaak met één of meer anderen gedeeld	8.3%	22.1%

dentiële groep is niet verschillend voor de tijdspanne van zes maanden voor de start van het onderzoek, noch voor de hele periode dat men daarvoor al drugs spoot. Ongeveer twee derde van deze populatie verklaarde in het verleden spuiten te hebben gedeeld met anderen: 36.8% had dit soms gedaan, bij 30.9 was dit vaker gebeurd. Tijdens de periode van zes maanden die aan het onderzoek voorafgingen, was dit risicogedrag gedaald tot

23.5% voor de categorie 'soms' en 22.1% voor de categorie 'vaak', samen goed voor 45.6% riskant injecteergedrag (tabel 14).

3.1.5.2. Riskant seksueel gedrag

De eerste vraag die men zich moet stellen wanneer we het riskant seksueel gedrag van injecterende drugsgebruikers willen nagaan is in hoeverre injecterende drugsgebruikers seksueel aktief zijn. De vragenlijst bevroeg het seksuele gedrag van de personen gedurende de afgelopen zes maanden voor de voormeting. De resultaten zijn terug te vinden in tabel 15. Hieruit blijkt dat 63.3% van de straatgroep en 57.4% van de residentiële groep een vaste partner heeft. 21.7% van de straatgroep heeft losse seksuele contacten met partners van het andere geslacht; bij de residentiële groep is dit 34.3%. Slechts 5% van de straatgroep en 7.4% van de residentiële groep is actief in de prostitutie. Bij de interpretatie van deze gegevens moet rekening gehouden worden met de wijze waarop de vraag werd gesteld aan de subjecten. Het gaat hier namelijk over penetrerende (zowel vaginale als anale) seks. Daarom zijn de cijfers uit tabel 15 een onderschatting van de seksuele activiteit van de subjecten. Zo waren in het onderzoek ook enkele mannelijke prostitués, die niet zijn opgenomen in deze tabel omdat ze geen penetratieve seks hadden

Tabel 15: Seksuele activiteit van beide populaties bij de voormeting

	STRAATGROEP	RESIDENTIËLE GROEP
vaste heteroseksuele partner	63.3%	57.4%
losse heteroseksuele partner	21.7%	34.3%
heteroseksuele klant	5.0%	7.4%

(of alleszins rapporteerden) met hun klanten. Ons cijfermateriaal geeft ook geen informatie over non-professionele homoseksuele contacten om dezelfde reden.

In tabel 16 kan men het percentage injecteerders onder heteroseksuele partners bij de voormeting terugvinden voor zowel de straatgroep als de residentiële groep. Deze verschillen niet significant van elkaar. Een vrij groot aantal van de vaste heteroseksuele partners injecteert zelf drugs: 43.6% bij de straatgroep en 32.5% bij de residentiële groep; bij losse heteroseksuele partners rapporteert men minder injecteerders: 28.4% en 32.2% voor respectievelijk de straatgroep en de residentiële groep. Dit zou kunnen hebben te maken met het feit dat men niet altijd goed weet van een losse partner of hij/zij drugs injecteert, of ook met een zekere voorzichtigheid in het aangaan van seksuele

Tabel 16: Percentage injecteerders onder heteroseksuele partners bij de voormeting in de straat- en de residentiële groep

% INJECTEERDERS	STRAATGROEP	RESIDENTIËLE GROEP
vaste heteroseksuele partner	43.6% (N = 38)	32.5% (N = 39)
losse heteroseksuele partner	28.4% (N = 19)	32.2% (N = 22)
heteroseksuele klant	34.7% (N = 3)	17.2% (N =5)

Tabel 17: Percentage condoomgebruik bij heteroseksuele partners in de straat- en de residentiële groep

% CONDOOMGEBRUIK	STRAATGROEP	RESIDENTIËLE GROEP
vaste heteroseksuele partner	6.1% (N = 38)	5.1% (N = 39)
losse heteroseksuele partner	18.7% (N = 19)	26.1% (N = 23)
heteroseksuele klant	100.0% (N = 3)	44.0% (N = 5)

contacten met onbekenden. Verrassend was het feit dat 34.7% van het cliëntèle van de prostituées in de straatgroep en 17.2% van de klanten van de prostituées in de residentiële

groep zelf drugs spuiten. Bij verdere bevraging bleek dat drugs injecterende klanten hoofdzakelijk cocaïnegebruikers waren.

Ondanks het feit dat men zowel vaste als losse seksuele contacten onderhoudt met andere injecterende drugsgebruikers, is het condoomgebruik in beide groepen zeer laag (tabel 17). Bij vaste partners van het andere geslacht is dit vrijwel onbestaande (6.1% in de straatgroep en 5.1% in de residentiële groep), en bij losse heteroseksuele partners is dit al niet veel beter (18.7% in de straatgroep en 26.1% in de residentiële groep). In de straatgroep beweerden alle prostituées dat ze altijd condooms gebruiken bij professionele seks; in de residentiële groep gebruikt men slechts in 44% van de gevallen condooms. Daar het gaat om te weinig gegevens, is dit verschil niet significant ($p = 0.73$).

3.2. VERGELIJKING B: VERSCHILLEN TUSSEN DE VOOR- EN DE NAMETING IN DE STRAATGROEP

3.2.1. CIJFERMATERIAAL ROND DE SPUITENRUIL

Van de straatgroep hadden 22 personen slechts één of twee maal contact met de onderzoeker; de overige 38 kwamen regelmatig naar de permanenties. Wanneer men enkel de contacten met deze mensen in rekening brengt, waren er gemiddeld per individu 21.45 ontmoetingen met de onderzoeker. Deze cijfers geven slechts het gemiddeld aantal contacten met de onderzoeker *voor zover er preventiemateriaal werd meegenomen.* Naarmate de spuitenruil vorderde, kwam het meer en meer voor dat de deelnemers naar het project kwamen zonder dat ze materiaal nodig hadden. Over deze ontmoetingen zijn geen cijfers beschikbaar. Bij de aanvang werd dit niet systematisch geregistreerd. Geleidelijk aan is pas duidelijk geworden dat deze informatie een extra waarde kon toevoegen aan het onderzoek. In tabel 18 werden de totale en gemiddelde hoeveelheden vermeld van de verschillende preventiematerialen. Hieruit kunnen we aflezen dat een subject per bezoek gemiddeld 21.25 vuile spuiten binnenbracht, waarvoor hij:zij er 23.81 nieuwe spuiten in de plaats vroeg. Verder nam men gemiddeld 19.68 alcoholswabs mee (dit is iets minder dan één alcoholswab per spuit), 1.37 naaldcontainers (wat overeenkomt met één naaldcontainer per 17.4 spuiten) en 6.47 condooms. Eén contact op drie (30%) vroeg men ook om een flesje bleekwater, en bij de helft van de bezoeken watjes (in verhouding tot het aantal gevraagde nieuwe spuiten). Wat betreft de sleutelhangers van vzw Payoke, werd aan iedereen één exemplaar meegegeven. Een uitzondering hierop vormden drie (vrouwelijke) prostituées, die tesamen 42 sleutelhangers meekregen voor hun klanten (x = 14).

De 'return rate', dit is de verhouding van het aantal binnengeleverde gebruikte spuiten ten opzichte van het aantal meegekregen nieuwe spuiten, bedraagt 89.5%. Ter vergelijking: in Amsterdam in 1987 bekwam men een return rate van 70%, die in de loop van de daaropvolgende jaren steeg tot 95% (Rhodes *et al.*, 1990); in het Verenigd Koninkrijk was dit ± 62% (Stimson *et al.*, 1989), en in New South Wales in Australië 41% (Wolk *et al.*, 1988).

TABEL 18: Verdeling van de verschillende preventiematerialen in de straatgroep

PREVENTIE-MATERIAAL	TOTALE AANTAL DAT WERD VERDEELD	GEMIDDELDE HOEVEELHEID PER INDIVIDU	GEMIDDELDE HOEVEELHEID PER INDIVIDU EN PER CONTACT
contacten	815	21.45	
vuile spuiten	17 316	455.68	21.25
steriele spuiten	19 404	510.63	23.81
alcoholswabs	16 042	422.16	19.68
naaldcontainers	1 116	29.37	1.37
bleekwater	245	6.45	0.30
watjes	393	10.34	0.48
condooms	5 277	138.87	6.47

3.2.2. ERNSTSCORES VOOR DE VERSCHILLENDE LEEFGEBIEDEN

Het is interessant om na te gaan in hoeverre de algemene levenssituatie van de subjecten in de loop van het onderzoek is veranderd. Een eerste aanwijzing hiervoor zijn de ernstscores per levensdomein. Tabel 19 geeft een overzicht van de gemiddelde ernstscores per leefgebied voor zowel de voor- als de nameting.

Voor nagenoeg alle levensdomeinen deed er zich een daling voor van de gemiddelde ernstscores. Deze daling is echter enkel significant voor drugsproblemen ($p = 0.001$) en voor sociale problemen ($p = 0.03$).

Tabel 19: Gemiddelde ernstscores per leefgebied in de voor- en de nameting bij de straatgroep

LEEFGEBIED	GEMIDDELDE ERNSTSCORES	
	VOORMETING	NAMETING
LICHAMELIJKE GEZONDHEID	1.017	0.818
ARBEID, OPLEIDING, INKOMEN	3.400	2.432
ALCOHOLPROBLEMEN	0.333	0.114
DRUGSPROBLEMEN(*)	5.500	3.932
JURIDISCHE PROBLEMEN	1.833	1.581
SOCIALE PROBLEMEN(**)	1.183	0.546
PSYCHISCHE PROBLEMEN	2.467	1.977

* P = 0.001 ** P = 0.03

3.2.3. DRUGSGEBRUIK

Wat betreft het drugsgebruik zijn er enkele significante verschillen tussen de voor- en de nameting. Ten eerste treedt er voor zowel heroïne als voor amfetamines, toch de twee voornaamste drugs in dit onderzoek, een significante daling op in het gebruik bij de nameting, met name bij vraag 1c van de rubriek alcohol- en drugsgebruik: 'hoeveel dagen van de afgelopen maand heeft u de volgende middelen gebruikt ?'. Het gemiddeld aantal dagen heroïnegebruik daalt van 13.42 naar 8.44 ($p = 0.03$), en voor amfetamines van 11.56 naar 7.05 ($p = 0.005$). Ook het gebruik van medicijnen is significant afgenomen ($p = 0.04$).

Tabel 20: De frequentie van heroïnegebruik bij de nameting in vergelijking met de frequentie van heroïnegebruik bij de voormeting

heroïnegebruik	niet gebruikt	zelden (1-5)	regelmatig (6-15)	vaak (16-25)	±dagelijks (26-30)
niet gebruikt	10	3			1
zelden (1-5)	3		1		1
regelmatig (6-15)	1	2	2		2
vaak (16-25)	1		1		
±dagelijks (26-30)	7	1	1		6

In tabellen 20 en 21 wordt dieper ingegaan op specifieke veranderingen in het gebruik van de belangrijkste drugs in het onderzoek, namelijk heroïne en amfetamines. Uit tabel 20 kunnen we aflezen dat 12 individuen zijn gestopt met het gebruik van heroïne; zij hebben minstens dertig dagen voor de nameting geen heroïne meer gebruikt. Verder hebben vijf personen hun gebruiksfrequentie verminderd. Van achttien personen bleef het gebruikspatroon stabiel. Hun gebruiksfrequentie is niet gestegen, noch gedaald. Tien uit deze groep gebruikten geen heroïne op het moment dat het onderzoek startte, en zijn er in de loop van het project ook niet mee begonnen. Er waren ook acht personen waarvan de gebruiksfrequentie voor heroïne is toegenomen.

In tabel 21 zien we dezelfde tabel, maar dan voor amfetamines. Hieruit kunnen we opmaken dat vijf amfetaminegebruikers zijn gestopt; zij hebben gedurende een periode van ten minste dertig dagen voorafgaand aan de nameting geen amfetamines meer gebruikt.

Twaalf individuen hebben hun gebruiksfrequentie van amfetamines verminderd. Voor 22

Tabel 21: De frequentie van amfetaminegebruik bij de nameting in vergelijking met de frequentie van amfetaminegebruik bij de voormeting

amfetami-negebruik	niet gebruikt	zelden (1-5)	regelmatig (6-15)	vaak (16-25)	±dagelijks (26-30)
niet gebruikt	19	1			
zelden (1-5)	2				
regelmatig (6-15)	1	3		1	
vaak (16-25)	2		1		2
±dagelijks (26-30)		3	3	2	3

mensen bleef het gebruikspatroon stabiel: 19 van de 20 personen die bij de aanvang van het onderzoek geen amfetamines gebruikten, zijn hiermee niet begonnen tijdens de spuitenruil; drie personen die de gewoonte hadden om dagelijks amfetamines te gebruiken, zijn dit blijven doen doorheen het project. Bij vier mensen treedt er een verhoging van de gebruiksfrequentie op.

Men kan zich afvragen of diegenen die gebroken hebben met hun heroïnegebruik hun roes niet zijn gaan zoeken in andere produkten. Er werd nagegaan of dit werkelijk zo is. De resultaten kan men aflezen in tabel 22.

Van de twaalf personen die zijn gestopt met heroïne, zijn er slechts twee die dit hebben verwezenlijkt met behulp van methadon. Zeven individuen gebruiken sporadisch tot dagelijks medicatie om hen hierbij te helpen. Het gebruik van andere drugs dan heroïne ligt vrij laag. Indien er al wordt gebruikt, dan is dat over het algemeen niet erg frequent. Bijna de helft van de personen gebruikt wel dagelijks cannabis (5/12), en één iemand amfetamines.

Tabel 22: Gebruikspatroon voor andere produkten van de twaalf subjecten die zijn gestopt met heroïnegebruik

	niet gebruikt	zelden (1-5)	regelmatig (6-15)	vaak (16-25)	±dagelijks (26-30)
ALCOHOL	11	1			
CANNABIS	3	3	1		5
COCAÏNE	10	1	1		
MEDICATIE	5	1	2	1	3
METHADON	10	1			2
LSD	11	1			
AMFETAM.	10	1			1
ANDERE	11	2			

3.2.4. Riskant gedrag

3.2.4.1. Riskant drugsgebruik

Bij de nameting werd het riskant injecteergedrag sinds de afname van de voormeting bevraagd. De resultaten staan in tabel 23. Nu verklaarde slechts nog 11.6% dat hij/zij tijdens deze periode nog spuiten had gedeeld met anderen; op één uitzondering na (trouwens een persoon die nooit naar de permanenties kwam) had niemand dit nog regelmatig gedaan. 86.0% antwoordde dat hij/zij uitsluitend met eigen, schone spuiten gespoten had. Het verschil in riskant injecteergedrag tussen de voor- en de nameting in de straatgroep is significant (p = 0.001).

Opvallend was het feit dat toch wel een groot aantal personen na het eerste interview een Aidstest had laten uitvoeren. Dat bedroeg 46.5%.

Tabel 23: Riskant injecteergedrag sinds de voormeting in de straatgroep

Nog gespoten sinds de voormeting ?	%
Neen	2.3
Ja, uitsluitend met eigen, schone spuiten	86.0
Ja, spuiten vaak gedeeld met één of meer anderen	9.3
Ja, spuiten vaak gedeeld met één of meer anderen	2.3

3.2.4.2. Riskant seksueel gedrag

De straatgroep was gedurende de periode waarin de spuitenruil werd georganiseerd niet meer of minder seksueel actief. 65.1% had een vaste heteroseksuele partner, 18.6% had

met één of meerdere losse partners van het andere geslacht seksueel contact gehad, en 4.7% had professionele heteroseksuele contacten gehad (tabel 24).

Tabel 24: Seksuele activiteit van de straatgroep tussen de voor- en de nameting

	NAMETING
VASTE HETEROSEKSUELE PARTNER	65.1%
LOSSE HETEROSEKSUELE PARTNER	18.6%
HETEROSEKSUELE KLANT	4.7%

In tabel 25 wordt het riskant seksueel gedrag gerapporteerd tijdens de voormeting vergeleken met de bevindingen uit de nameting. De verschillen zijn voor de categorie 'vaste

Tabel 25: % spuiters en % condoomgebruik bij heteroseksuele partners bij de voor- en de nameting

STRAATGROEP		VOORMETING	NAMETING
% SPUITERS	vaste partner	46.2 (N = 13)	41.0 (N = 13)
	losse partner	42.2 (N = 3)	33.3 (N = 3)
	klant	0.0 (N = 3)	0.0 (N = 1)
% CONDOOMGEBRUIK	vaste partner	7.8 (N = 13)	6.4 (N = 13)
	losse partner	16.7 (N = 1)	100.0 (N = 1)
	klant	100.0 (N = 1)	100.0 (N = 1)

partner' niet significant; de andere categorieën bevatten te weinig subjecten om het significantieniveau te kunnen bepalen.

3.3. VERGELIJKING C: VERSCHILLEN TUSSEN DE VOOR- EN DE NAMETING IN DE RESIDENTIËLE GROEP

Omwille van een aantal organisatorische en praktische redenen was het niet mogelijk om een nameting bij de residentiële groep af te nemen, zodat de derde vergelijking die in dit onderzoek was voorzien, niet kon uitgevoerd worden. Daarom werd gekozen voor een proces-evaluatie van de implementatie van het preventief programma in de verschillende deelnemende ontwenningscentra.

3.3.1. PROCES-EVALUATIE

Het organiseren van de preventieve sessies in de ontwenningsinstellingen van de residentiële groep leverde een aantal problemen. We zullen eerst bekijken in welke mate de sessies op de zelfde wijze werden uitgevoerd, zowel naar vorm als naar inhoud, en vervolgens gaan we in op de specifieke moeilijkheden die de verantwoordelijken van deze centra hebben ervaren[6].

3.3.1.1. Vormgeving

In tabel 26 worden de verschillende ontwenningsinstellingen vergeleken wat betreft de vormgeving van de preventieve sessies.

Aantal sessies

Van de zes instellingen, die hun medewerking aan dit onderzoek toezegden, was er slechts één, De Pelgrim waar er vier sessies werden georganiseerd. Drie andere centra (Sancta Maria, KTP ADIC, en Katarsis) concentreerden de sessies op één namiddag. In De Kiem vonden de sessies gebundeld in een weekend plaats, met nog een laatste sessie in de daaropvolgende week. In De Spiegel organiseerde men drie sessies; men voegde er twee samen.

---

[6]Omwille van structurele veranderingen in de TG De Sleutel in Merelbeke in de loop van het project kon het onderzoek in deze instelling niet worden verdergezet.

Tabel 26: Vormgeving van de preventieve sessies in de verschillende deelnemende centra

	De Pelgrim	Sancta Maria	KTP ADIC	Katarsis	De Spiegel	De Kiem
aantal sessies per reeks	4	1	1	1	3	2 (1 volledig weekend + 1 namiddag)
duur v/d sessies	1.5 uur	1 uur	1 uur	2.5 uur	1.5 uur	2 namiddagen + 1 avond (film) + 2 uur
totale duur v/d preventieactie	6 uur	1 uur	1 uur	2.5 uur	4.5 uur	7 à 8 uur
spreiding	wekelijks, continu doorlopend	2 maanden tussen 2 'all-in' sessies	2 maanden tussen 3 'all-in' sessies	1 'all-in' sessie	1 à 2 maanden tussen de 3 sessies	sessiereeks in 1 week; 2 reeksen met 3.5 maand ertussen
grootte v/d groep	5 à 6 personen	6 à 10 personen	6 à 7 personen	11 à 12 personen	13 à 14 personen	16 personen: 4 vrouwen + 2 X 6 mannen

Duur van de sessies

De duur van de sessies varieerde ook enorm tussen de verschillende centra. Zo besteedde men in De Pelgrim telkens anderhalf uur per sessie; dat was dus zes uur in het totaal. Ook in De Spiegel duurden de sessies anderhalf uur, maar aangezien er slechts drie sessies plaatsvonden, duurden de preventie-activiteiten tesamen vier uur en half. In De Kiem werd er een heel weekend rond Aids opgezet: twee namiddagen, één avond (met een themafilm) en daaropvolgend een sessie van twee uur. De bewoners van Katarsis kregen alles op een namiddag geserveerd: de sessie duurde twee uur en half. In de laatste twee centra tenslotte werd alles afgerond op één uur.

Spreiding van de sessies

In De Pelgrim organiseerde men de sessies wekelijks; de week die volgde op de vierde sessie, werd opnieuw begonnen met de eerste sessie. Dit gebeurde gedurende zes maanden. In totaal werden zo een zestal reeksen van vier sessies uitgevoerd. In De Kiem vond alles plaats in de tijdspanne van een week. Dit werd tweemaal gedaan met een tussenperiode van ongeveer drie maanden en half. In De Spiegel was er telkens één à twee maanden tussen de drie sessies; de reeks had slechts éénmaal plaats. In het KTP ADIC organiseerde men drie 'all-in' sessies, in Sancta Maria twee, en in Katarsis één.

Aantal bewoners

In de Psychiatrische Ziekenhuizen, Sancta Maria en De Pelgrim, en in KTP ADIC waren de groepjes kleiner (5 tot 10 mensen) dan in de Therapeutische Gemeenschappen (12 à 16 mensen). In De Kiem splitste men de relatief grote groep (16) op in één groepje van 4 vrouwen en twee groepjes bestaande uit telkens 6 mannen.

3.3.1.2. Inhoudelijk aspect

Drie instellingen, met name De Pelgrim, De Spiegel en De Kiem, hielden zich aan het inhoudelijke aspect. Ze maakten gebruik van de video, het Aidsspel en de kunstpenis, en volgden de structuur zoals was overeengekomen op de voorbereidende vergaderingen. In Sancta Maria werd vooral informatie rond de overdrachtswijzen en de gevolgen van HIV/Aids gegeven; men maakte geen gebruik van de video, het Aidsspel of de kunstpe-

nis. In KTP ADIC toonde men wel de video en het Aidsspel, maar de kunstpenis werd achterwege gelaten. De klemtoon werd gelegd op de beleving rond deze problematiek; men ging slechts vlug over de informatie aangezien de bewoners dit reeds kenden van de crisisopvang van ADIC. In Katarsis tenslotte werd de sessie georganiseerd door een vormingswerker van buitenaf, die ervaring bezat met het behandelen van dit onderwerp, en bijgevolg op zijn eigen manier inhoud aan de sessie gaf. Hij vertrok van de eigen beleving van de bewoners (waarbij opviel dat nooit iemand een seropositieve kende), besprak vervolgens een kranteknipsel, toonde een filmpje van het Rode Kruis en de video 'een rotzomer', hield een kwis, en gaf zeer beperkte informatie rond veilig drugsgebruik.

3.3.1.3. Ervaringen met de sessies en specifieke problemen

(1) Informatie

De meesten vonden de informatie die de onderzoeker hen verschaft had voldoende. Eén instelling rapporteerde een tekort aan informatie rond hulpverlening voor seropositieven, en te weinig cijfermateriaal, statistieken. Twee centra meenden dat de mensen zich meer aangesproken zouden voelen wanneer de informatie gekaderd zou worden onder andere SOA's. Tenslotte kwam ook nog de opmerking dat er geen aanwijzingen werden gegeven over hoe omgaan met ongerustheid. Wanneer mensen beseffen dat ze recent risicogedrag gesteld hebben (voor de opname of tijdens een weekend) en dat de eerste HIV-test negatief was, werd hen verteld dat ze pas uitsluitsel hebben na een tweede test na zes maanden. Dit kan grote bezorgdheid en angst opwekken.

(2) Video

Vier instellingen beoordeelden de video 'een rotzomer' positief. Eén instelling vond de video te algemeen, en één vond hem barslecht. Er werd opgemerkt dat de video wel een shockeffect kon bewerkstelligen, maar dat dit effect van korte duur was. Ook vond men dat de video te weinig en te onduidelijke informatie gaf en dat hij zodoende wel vragen opriep en dus geschikt was als introductie van de informatiesessie.

(3) Aidsgezelschapsspel

De instellingen waar men het Aidsspel gebruikt hadden, waren onverdeeld positief. Men gebruikte niet altijd het speelbord, dat eigenlijk overbodig was. Eén instelling veronderstelde dat het spel waarschijnlijk deels zo geslaagd was omwille van de deelnemers, die goede acteurs waren.

(4) Individuele risicoschattingsmethode van Wiebel

Er werd opgemerkt dat deze individuele risicoschatting een zeer goede aanvulling was op de informatie, omdat de mensen zo geconfronteerd werden van wat ze wisten en tijdens de informatiesessie beweerden van te willen doen met wat ze daadwerkelijk deden. Ze werden zich bewust van hun eigen inconsequenties en vooroordelen.

(5) Het condoompracticum

In verschillende instellingen werd er wel wat afgelachen tijdens (dit aspect van) deze sessie. Dit brak de spanning; enkelen hanteerden humor kort om het ijs te breken, om daarna serieus verder te gaan. Er bestond vooral een grote weerstand onder de bewoners, die moeilijk konden praten over veilig vrijen en condoomgebruik. Dit had voor een deel te maken met de vooroordelen die ze hadden ten opzichte van condooms, maar ook omdat ze vaak met nogal conservatieve opvattingen zaten over vrouwen die condooms op zak hebben ('sletten') in vergelijking met mannen die dit doen ('nemen verantwoordelijkheid op'). Ook lang niet iedereen van de staf ging even gemakkelijk om met dit onderwerp. Op één plaats echter was er een enorme weerstand bij het personeel zelf, dat pertinent weigerde om deze sessie te geven. In één instelling had men voor dit aspect van de sessies een professionele buitenstaander aangesproken (iemand van het CGSO en van het Aidsteam).

(6) Terugval

Sommige centra wisten in het begin niet goed hoe ze dit aspect juist moesten aanpakken. Spontaan werd voor dezelfde methode door verschillende mensen gekozen: wanneer men voorbeelden aanhaalde uit de instelling zelf van mensen die teruggevallen waren in hun drugsgebruik, had niemand van de staf of van de bewoners moeite om hierover te praten. Eén instelling meldde dat de mensen, door hierover te praten, vlug zin kregen in drugs.

(7) Afname van de ASI^R

De meeste instellingen rapporteerden dat het afnemen van de gecombineerde vragenlijst een serieuze extra belasting had betekend voor hen. In twee centra was de onderzoeker genoodzaakt om zelf alle interviews te gaan afnemen om deze informatie niet te moeten ontberen.

(8) Enkele opmerkingen

Enkele centra meldden dat voor de eerste sessie weerstand ontstond bij de bewoners, maar dat dit later vlug verdween.

Eén instelling had zeer veel problemen gehad met het organiseren van deze sessies. Men had daar een vast programma, waar elk uur van de dag vastlag. Wanneer aan dit schema iets veranderd werd, bracht dit enorm veel moeilijkheden met zich mee.

Overal waren de bewoners erg geïnteresseerd geweest in de sessies. Dit leverde ook nog achteraf heel wat gespreksstof, bijvoorbeeld bij de individuele gesprekken, of in de wandelgangen. Vele stafleden zijn wel geschrokken van de erg conservatieve opvattingen en klassieke rolpatronen in deze populatie. Men vond een vrouw die condooms op zak heeft het laagste van het laagste. Opmerkelijk was ook de vrij lage kennis over hoe men juist condooms gebruikt. Op één plaats maakte men melding van een erg fatalistische houding in de groep ('dat is het lot', 'je kan er niets tegen doen', 'als dat moet gebeuren, zal dat zo zijn', ...), die ervoor zorgde dat de anderen dichtklapten. In Sancta Maria kende men een voor dit ziekenhuis specifiek probleem: de groep was erg gemengd, bestond niet alleen uit illegale drugsgebruikers, maar ook uit alcohol- en medicatieverslaafden. Dit maakte dat de mensen niet assertief durfden zijn. Over het algemeen was het gevoel van betrokkenheid bij deze problematiek niet zo groot: het was voor hen een ver-van-mijn-bed-show. Dit gold niet voor één instelling waar een seropositieve verbleef, en voor een ander centrum waar de vriendin van een seropositieve was opgenomen.

Er werd enkele malen een positief effect gerapporteerd. Men vertelde van enkele mensen die teruggevallen waren in drugsgebruik en die enkel gechineesd hadden. De stafleden

relativeerden dit onmiddellijk zelf. Men zag wel dat de sessies op korte termijn effect ressorteerden, maar maakten daarbij onmiddellijk de bedenking of dit wel een duurzaam effect was. In sommige gevallen bleek het effect wel van zeer korte duur te zijn: een jongeman op weekend had bij seksueel contact een condoom gebruikt; later op de nacht kreeg hij opnieuw zin, maar deed het dit keer zonder condoom (hij had er geen meer). Daarom stelden verschillende stafleden ook dat een regelmatige herhaling van dergelijke sessies, en met name vooral de individuele risicoschattingsmethode van Wiebel, belangrijk is indien men wil dat de resultaten blijvend zijn.

(9) Suggesties

In alle ontwenningsinstellingen vond men HIV-preventie zinvol; in de meeste wilde men in de toekomst aan enige vorm van preventie blijven doen. We vroegen naar suggesties om dergelijke sessies beter te organiseren.

- Er is nood aan een (regionaal georganiseerde) training en vorming voor mensen die instaan voor de organisatie van preventieve sessies in ontwenningscentra;
- Door de koppeling van HIV/Aids aan andere SOA's voelen drugsgebruikers zich meer aangesproken door de preventieboodschap;
- Het is belangrijk dat men met kleine groepjes werkt;
- De confrontatie met een Aidspatiënt zou drugsgebruikers meer bewust kunnen maken voor de problematiek;
- Daar op een bepaalde plaats ook was gewerkt met een ander Aidspreventieprogramma, waar de bewoners mochten kiezen of ze participeerden aan de sessies, werd vanuit deze instelling de opmerking gemaakt dat het directieve een belangrijk aspect van een dergelijk programma is. Indien mensen kunnen kiezen of ze al dan niet naar een sessie gaan, zullen diegenen die het meeste risicogedrag stellen niet gaan en mist men zo een belangrijk deel van de doelgroep;
- Iemand stelde voor om een colaflesje te gebruiken in plaats van een kunstpenis.

3.4. Kwalitatieve gegevens

3.4.1. Resultaten van de open interviews in de residentiële groep

In het open interview werd aandacht geschonken aan de omstandigheden waarin de eerste drugsinjectie plaatsvond. We vonden het belangrijk om hierover informatie te verzamelen, daar preventie van het injecteren van drugs - naast preventie van drugsgebruik - de meest doeltreffende wijze van Aidspreventie is. Indien we kunnen achterhalen welke mechanismen aan de basis liggen van het beginnen met het injecteren van drugs, is het mogelijk om vanuit deze kennis maatregelen te treffen die de kans verkleinen dat drugsgebruikers overschakelen naar het injecteren van drugs.

Er werd eerst geïnformeerd naar de omstandigheden van de eerste drugsinjectie. In tabel 27 kan men de tijdspanne aflezen tussen het gebruik van die drugs die men later is gaan injecteren en het moment van de eerste drugsinjectie. Verrassend is dat 34.8% van de ondervraagden de drug in kwestie vanaf het eerste gebruik injecteerde. 30.4%

Tabel 27: Tijdsspanne tussen aanvang drugsgebruik en de eerste drugsinjectie in de residentiële groep

Wanneer ben je beginnen injecteren ?	tijdspanne
vanaf het eerste gebruik	34.8%
6 maanden tot 1 jaar na het eerste gebruik	30.4%
1 tot 5 jaar na het eerste gebruik	26.1%
langer dan 5 jaar na het eerste gebruik	8.7%

begon hiermee binnen het jaar, 26.1% binnen de vijf jaar, en slechts 8.7% is minstens na vijf jaar gebruik van de drug begonnen met injecteren.

Vervolgens werd gevraagd waarom men is overgestapt op het injecteren van drugs. De resultaten staan in tabel 28. Hieruit blijkt dat de helft van de mensen uit nieuwsgierigheid is beginnen drugs injecteren; 23.7% deed dit omwille van diverse sociale factoren (om erbij te horen, omdat men verliefd was op iemand die drugs injecteerde, of omdat de partner dit deed); bij 15.9% werd deze overgang bepaald door factoren die rechtstreeks met de drug te maken hebben (voor de flash, omdat men ziek was, of omdat chinezen niet meer voldeed); voor 8% was drugs injecteren een poging tot coping (om over verdriet heen te geraken, om het harde prostitutieleven vol te houden).

In veruit de meeste gevallen (93.9%) was iemand anders hierbij aanwezig. Meestal was dit slechts één iemand die de persoon de injectie gaf.

Tabel 28: Redenen waarom men drugs is beginnen injecteren in de residentiële groep

Reden waarom men drugs is beginnen injecteren	%
uit nieuwsgierigheid	50%
sociale factoren: om erbij te horen, omdat partner of persoon waarop men verliefd is drugs injecteert, ...	23.7%
drugsfactoren: voor de flash, men is ziek, chinezen voldeed niet meer, ...	15.9%
wijze van coping: verdriet, om prostitutie vol te houden	8%
andere	2.6%

We vroegen ook of men voor de eerste drugsinjectie hier zelf om verzocht, of dat iemand hen hiertoe soms had proberen te overhalen (tabel 29). Uit de antwoorden bleek dat meer dan twee derde (69.7%) van de mensen hierom zelf had gevraagd. Dit komt overeen met de motivatie van deze eerste injectie, nieuwsgierigheid. In 18.2% had iemand anders dit voorgesteld, maar zonder dat men het gevoel had dat men hiertoe

Tabel 29: Wie gaf aanleiding tot de eerste drugsinjectie in de residentiële groep ?

initiatief tot eerste drugsinjectie	%
zelf gevraagd	69.7%
door iemand voorgesteld zonder druk	18.2%
door iemand voorgesteld onder druk	12.1%

overhaald was. 12.1% vertelde dat druk op hen was uitgeoefend. Opmerkelijk is wel dat 61.1% verklaarde bang te zijn geweest voor spuiten. Desondanks weerhield dit hen er niet van om er toch mee door te gaan.

Het is ook interessant om de sociale kring van de drugsgebruikers in deze groep te kennen wat betreft hun wijze van drugsgebruik (tabel 30). In bijna de helft van de gevallen kende men op het moment van de eerste drugsinjectie meer mensen die drugs injecteerden dan drugsgebruikers die dit niet deden. Toch was bij één derde van de groep

Tabel 30: Proportie drugsinjecteerders in de kennissenkring van de residentiële groep op het moment van de eerste drugsinjectie

Verhouding injecteerders/niet-injecteerders in de kennissenkring bij de eerste drugsinjectie	%
meer injecteerders dan niet-injecteerders	47.6%
meer niet-injecteerders dan injecteerders	33.3%
evenveel injecteerders als niet-injecteerders	19.0%

destijds net het tegenovergestelde het geval: men kende meer niet-injecteerders dan injecteerders. Voor 19% was er geen overwicht van één van beide groepen.

Men kan zich ook de vraag stellen waarom mensen zijn blijven drugs injecteren, indien de drijfveer tot de eerste injectie nieuwsgierigheid was (tabel 31). Ongeveer een derde van de residentiële groep gaf toe dat men is blijven drugs injecteren omdat men erbij wilde horen. De eerste injectie is voor de meesten een grote stap, waarmee men afstand neemt van niet-injecterende drugsgebruikers. Om toch nog tot een sociale kring te behoren, blijft men dan in vele gevallen injecteren. Voor meer dan een kwart was de beleving van de flash (van de heroïne) of de kick (van de amfetamines of de cocaïne) zo'n positieve ervaring geweest, dat men bleef injecteren om dit opnieuw te kunnen beleven. Anderen bleven injecteren omwille van economische drijfveren: hun gebruik was zo opgedreven, dat men vrij grote dosissen nodig had om hetzelfde effect te bekomen. Wanneer men injecteerde, had men minder drugs nodig om hetzelfde effect te verkrijgen. Bij de mensen die injecteren als copingsstijl zijn beginnen te gebruiken, was de motivatie om hiermee te blijven doorgaan dezelfde als de motivatie tot die eerste injectie. Tenslotte werden nog andere redenen gegeven, zoals het feit dat men misselijk werd van chinezen, maar niet van injecteren.

Tabel 31: Motivatie waarom men drugs is blijven injecteren in de residentiële groep

Reden waarom men is blijven drugs injecteren	%
men wilde erbij horen	31.6%
voor de flash/kick	26.3%
omdat het goedkoper is	15.8%
als copingsstijl: uit verdriet, om prostitutie houden	15.8%
andere	10.6%

Het risicogedrag zelf werd reeds bevraagd tijdens de afname van de vragenlijst. We wilden echter ook weten waarom juist drugsgebruikers deze risico's namen. De antwoorden staan in tabel 32.

Tabel 32: Motivatie waarom drugsinjecteerders spuiten deelden in de residentiële groep

Reden van riskant drugsgebruik	%
de drugsbehoefte was te groot en men had geen spuit	47.1%
men stond er niet bij stil	29.4%
het interesseerde hen niet	8.8%
men deelde spuiten enkel met partner	5.9%
verval, fatalisme	5.9%
men vertrouwde erop dat de andere niet besmet was	2.9%

Een aantal drugsgebruikers hadden bijna nooit risico's genomen. Bij navraag naar de reden van deze voorzichtigheid gaf 70% de angst voor Aids of andere SOA's, 30% vond de idee van andermans spuit te gebruiken gewoon vies.

We wilden ook weten in hoeverre drugsgebruikers geïnformeerd waren over ontsmettingsmethoden voor gebruikte spuiten (tabel 33). We vroegen aan de drugsgebruikers of ze op de hoogte waren van hoe ze efficiënt een spuit konden ontsmetten. Hierbij werd erop gelet of ze ook exact wisten hoe ze deze hulpmiddelen moesten aanwenden. Bijvoorbeeld, wanneer het antwoord 'kokend water' luidde, werd gevraagd dit nader te specifiëren: kokend water optrekken bezit namelijk niet dezelfde efficiëntie als uitkoken. Bijna een derde (60.5%) kent methoden om een spuit efficiënt te desinfecteren, hoewel sommigen verscheidene methoden combineren zonder hiermee de effectiviteit van de methode te verhogen (bijvoorbeeld ontsmettingsalcohol en kokend water). Toch meent nog 31% dat uitspoelen met water voldoende is om virussen tegen te houden. Het is

opvallend dat 86% van de mensen die de bleekwatermethode aanhaalde en 80% van de mensen die konden vertellen hoe je op een correcte wijze spuiten uitkookt, uit het drugs-

Tabel 33: De kennis in de residentiële groep over ontsmettingsmethoden voor spuiten

Welke ontsmettingsmethoden voor een spuit ken je ?	%
uitspoelen met (koud of warm) water	31.0%
bleekwater	24.1%
uitkoken in water	17.2%
ontsmettingsalcohol	6.9%
ontsmettingsalcohol en kokend water	6.9%
ammoniac	6.9%
azijn	6.9%
kokend water optrekken	6.9%
koken in gedistilleerd water	3.4%

milieu in Antwerpen kwam. Dit wijst erop dat het COOL-project erin geslaagd is om de preventieboodschap van naaldhygiëne via de drugsgebruikers zelf te laten uitdragen.

In het open interview werd ook ingegaan op het riskant seksueel gedrag. Bijna twee derde van de ondervraagden had in het verleden reeds ervaring met condooms. Verrassend genoeg vond de meerderheid vrijen met een condoom niet minder leuk dan zonder (tabel 34). Slechts 45.4% verklaarde de voorkeur te geven aan vrijen zonder een condoom. Voor 41% was het weliswaar anders, maar zeker niet minder leuk, en 13.6% vond het niet anders en even leuk.

We vroegen of de respondent in zijn seksuele leven op één of andere wijze rekening hield met het risico op HIV-infectie. De antwoorden staan in tabel 9. Hoewel toch

slechts een minderheid negatief stond ten opzichte van condooms, blijkt uit deze antwoor-

Tabel 34: Vindt men vrijen met condoom even leuk als zonder in de residentiële groep ?

Vind je vrijen met een condoom even leuk als zonder ?	%
neen	45.4%
anders, maar weinig verschil	41.0%
ja	13.6%

den dat slechts 8.8% zijn/haar seksleven daadwerkelijk heeft aangepast aan het Aidsrisico (tabel 35). Dit cijfer is zeker geen onderschatting, aangezien het waarschijnlijk nog sociaal wenselijke antwoorden bevat. Hoewel men drugs injecteerde, nam men toch geen voorzorgen om zijn partner te beschermen tegen een eventuele besmetting die men via

Tabel 35: De mate waarin mensen in de residentiële groep rekening houden met het risico op Aidsbesmetting in hun seksuele contacten

Houd je in jouw seksleven rekening met Aids ?	%
ik ben getrouwd/ik heb een vaste vriend(in)	26.5%
neen	44.1%
soms	2.9%
een beetje, ik pas op met wie ik vrij	5.9%
ja	8.8%
ja, maar enkel onder druk van de partner	8.8%
ja, met klanten	8.8%

onveilig drugs injecteren had opgelopen. Een heel aantal waren erg inconsistent in hun risicogedrag: men liet het afhangen van de situatie, men liet het initiatief aan de partner over, men gebruikte enkel condooms met klanten, men liet zich leiden door het uiterlijk van de seksuele partner of men had enkel seksuele betrekkingen met mannen of vrouwen die geen totale vreemden waren.

Tenslotte informeerden we of men condooms gebruikte wanneer men vreemd ging en wanneer men losse seksuele contacten had. De antwoorden zijn te vinden in tabel 36. We zien dat men meer voorzorgen nam wanneer men seksueel contact had met iemand anders dan de vaste partner (23.8%) dan bij losse seksuele contacten wanneer men geen vaste partner heeft (15%). 70% gebruikte nooit een condoom met een losse partner, en

Tabel 36: Condoomgebruik bij losse contacten of vreemd gaan in de residentiële groep

Condoomgebruik	vreemd gaan	losse contacten
ja	23.8%	15.0%
neen	52.4%	70.0%
soms	9.5%	5.0%
als partner erop stond	14.3%	10.0%

52.4% nooit wanneer men vreemd ging. Met andere woorden, het seksueel riskant gedrag lag zéér hoog. 10% (bij vreemd gaan) tot 14.3% (bij losse partners) gebruikte enkel condooms wanneer de partner hierop stond, met andere woorden, niet omdat hij/zij overtuigd was van het nut van condoomgebruik, maar wel om de partner tevreden te stellen. Een aantal personen (5% bij vreemd gaan en 9.5% bij losse contacten) gaf toe van soms gebruik te maken van condooms, maar lang niet altijd.

3.4.2. VELDERVARINGEN IN DE STRAATGROEP

In de literatuur rond het opzetten van outreach-initiatieven en spuitenruilprogramma's heeft men het zelden of nooit over de specifieke moeilijkheden waarmee men te kampen krijgt. Men heeft het vaag over de nood aan flexibiliteit, het zich kunnen aanpassen aan de behoeften van elke specifieke situatie, ... zonder hiervan voorbeelden te geven. Op het Outreach Symposium in Bergen (Noorwegen) in februari 1993, georganiseerd door de Pompidou Groep, werd deze lacune in de literatuur ook ter sprake gebracht. Aan dit symposium namen namelijk een aantal vertegenwoordigers van landen uit Centraal- en Oost-Europa deel. Zij hoopten zo informatie te verwerven over de meer concrete aspecten van outreach, om in staat te zijn dergelijke initiatieven ook in hun land te organiseren.

Bij de organisatie van de spuitenruil in Antwerpen ervaarde de onderzoeker ditzelfde gebrek aan informatie rond de meer praktische kant van een dergelijke interventie. Daarom achten wij het belangrijk om hier toch iets te vermelden over de concrete ervaringen die wij hebben gehad bij de opzet van de spuitenruil.

3.4.2.1. Het leggen van de eerste contacten

Bij de voorbereidingen van het actie-onderzoek werd getracht om een pand van het OCMW van Antwerpen ter beschikking te krijgen. Op het allerlaatste moment kon dit echter niet doorgaan. Ondertussen hadden we van de substituut-procureur van Antwerpen, Dhr. Van Cauwenberghe, reeds de toestemming gekregen om in Antwerpen voor een beperkte duur een spuitenruil op te zetten. Omdat het actie-onderzoek slechts maximum één jaar kon worden uitgevoerd, beschikten we over relatief weinig tijd. Daarom was het van groot belang om zo vlug mogelijk van start te gaan. Een alternatief voor een pand was niet in het vooruitzicht. Daarom werd besloten om op straat en bij de mensen thuis te werken.

In eerste instantie werd de onderzoeker voorgesteld aan een tweetal mensen die op dat moment deelnamen aan een methadonprogramma op Free Clinic. Zij waren voordien

al betrokken geweest bij het COOL-project, en er bestond reeds een vertrouwensband tussen deze twee mensen en Free Clinic. De afspraak was dat zij de onderzoeker in contact zouden brengen met mensen in het injecterende drugsmilieu van Antwerpen.

Daar zij voor hun medewerking in het COOL-project betaald werden, was het om hen te motiveren nodig om hen eveneens te vergoeden voor hun inspanningen voor de spuitenruil. Er werd beslist dat ze vijfhonderd frank kregen voor elk nieuw contact dat ze aanbrachten. Na een tijdje ervaarde de onderzoeker dat deze twee intermediairen teveel extern gemotiveerd waren (namelijk door het geld) om te kunnen dienen als goede intermediairen. Zo ondervond zij dat aan potentiële deelnemers aan de spuitenruil de helft van deze vijfhonderd frank werd aangeboden in ruil voor hun participatie. Dit had als gevolg dat de mensen die ze op deze manier aanbrachten niet begrepen waar het feitelijk om ging. Het gaf hen de indruk dat ze werden betaald voor het interview, dat toch niet anoniem was en wel erg vertrouwelijke vragen stelde. Daar het nog het begin van het actie-onderzoek was, vertrouwden ze het zaakje gewoon niet. Zo kwam het dat een aantal van deze mensen bij het interview een verkeerd adres hebben opgegeven (zo was er bijvoorbeeld iemand die het adres van het gerechtsgebouw in Antwerpen had opgegeven !). Toen de onderzoeker dit opmerkte, werd hierover gesproken met de intermediairen. Zij benadrukten dat dit volgens hen de enige mogelijkheid was om mensen te overhalen om mee te doen. Zij bleken niet vatbaar voor het argument dat de manier van het onderzoek voor te stellen misschien belangrijk was.

Ondertussen was de onderzoeker toevallig in een café in het drugsmilieu met een onbekende (waarmee zij wel een gemeenschappelijke kennis had) aan de praat geraakt over de risico's in verband met Aidsbesmetting. Hijzelf stelde zich voor als een homoseksuele man en situeerde zijn bezorgdheid rond Aids vanuit zijn geaardheid. Hij vertelde dat hij regelmatig vrienden aansprak over dit onderwerp, en dat hij hen probeerde te overhalen om veilig te vrijen. De onderzoeker pikte hierop in en stelde het actie-onderzoek voor. Deze man reageerde hierop onverwacht positief en deelde mee dat hij amfetamines injecteerde. De onderzoeker vroeg hem vervolgens of hij niet geïnteresseerd was om mee te werken aan het onderzoek. Zo begon de samenwerking met een contactpersoon in een ander submilieu dan het milieu van de heroïnegebruikers waarin de onder-

zoeker reeds enkele contacten had gelegd via de andere twee intermediairen, namelijk het milieu van de amfetamine-injecteerders. Vanwege de intrinsieke motivatie van deze nieuwe intermediair was het mogelijk om mensen te laten deelnemen aan het onderzoek vanuit het inzicht dat een dergelijk project henzelf ten goede kwam. De hoge status (op dat moment) van de intermediair had tot gevolg dat mensen de onderzoeker zeer vlug vertrouwden. Dit was onder meer te merken aan het feit dat bij mensen thuis regelmatig drugs werden geïnjecteerd in het bijzijn van de onderzoeker, zelfs wanneer zij daar voor de eerste keer kwam.

3.4.2.2. Geleidelijke ontwikkeling van de werkmethode

In de beginperiode ging de onderzoeker, bij gebrek aan een vaste locatie, regelmatig langs bij de verschillende mensen die op dat moment participeerden aan de spuitenruil. Dit leverde problemen, omdat er geen vaste afspraken werden gemaakt, en de mensen vaak niet thuis aangetroffen werden. Bovendien breidde de groep zich alsmaar uit, zodat een grote tijdsinvestering relatief weinig opbracht. Tenslotte was het soms moeilijk om bij mensen om de haverklap binnen te vallen. De onderzoeker was uiteindelijk nog steeds een buitenstaander, zodat beide partijen dit na een tijd aanvoelden als een inbreuk op de privacy van de mensen.

Omwille van al deze redenen werkte de onderzoeker een alternatief uit. Zij koos voor een dagelijkse permanentie in een aantal cafés verspreid over Antwerpen, zodat voor iedere deelnemer toch minstens één keer per week een permanentie in zijn/haar buurt was. Concreet betekende dit dat er vier dagen in de week in de namiddag permanentie was voorzien. Eén dag per week was er 's avonds permanentie in een café in de stationsbuurt, waar veel prostitué(e)s komen. Alle personen waarmee de onderzoeker nog contact had, werden hiervan op de hoogte gesteld door een briefje, waarop de plaats en uur van de afspraken stonden vermeld.

In het begin was het lastig om de mensen zover te krijgen dat ze naar deze lokaties kwamen. Een bijkomende factor die dit nog meer bemoeilijkte, was de angst dat deze plaatsen na verloop van tijd in het oog zouden worden gehouden door politie of BOB.

Daarom noteerde de onderzoeker wie regelmatig kwam, en indien er mensen waren die ze al geruime tijd niet meer had gezien (enkele weken), bracht ze deze mensen thuis een bezoek om te informeren hoe het met hen ging, en informeerde naar de reden waarom ze niet naar de permanenties kwamen. In de meeste gevallen wekte deze interesse de motivatie om toch naar de permanenties te komen.

Op het moment dat het project aan het rollen geraakte, deden zich enkele praktische problemen voor die niet waren voorzien. Toevallig in ongeveer dezelfde periode gebeurde het dat een paar cafés niet open waren op het moment van de permanentie. Dit kwam door verbouwingswerken, overname, of nonchalantie van de uitbater. Dit was natuurlijk nefast voor het project. Velen hadden voor een gesloten deur gestaan. Daarom werd de formule aangepast: er werd een nieuwe brief opgesteld waarop voor elk café een alternatief werd vermeld dat in de nabijheid van het eerste café lag. Wanneer het eerste café dan om de ene of andere reden gesloten was, vond de permanentie plaats in het alternatieve café. Weer kon deze informatie enkel verstrekt worden aan diegenen die regelmatig kwamen met de hoop dat de boodschap zou worden doorgegeven.

Het duurde zeer lang vooraleer de drugsgebruikers in staat waren om op tijd naar de permanenties te komen. Het tijdsbesef (dagen, uren, ...) bij drugsgebruikers is soms erg klein. Hoewel de permanentie drie uur duurde, gebeurde het vaak dat er toch nog een aantal mensen een kwartier of meer te laat kwamen. Dan was de onderzoeker meestal reeds vertrokken. In het begin gebeurde het al eens dat de permanenties uitliepen, bijvoorbeeld wanneer iemand om vijf voor drie aankwam en nog een heel verhaal wilde doen. Geleidelijk aan begonnen de drugsgebruikers hier blijkbaar op te rekenen. Daarom probeerde de onderzoeker stipt op tijd te vertrekken, zodat ze verplicht waren om tijdens die drie uren te komen. Dit werkte, het was immers in hun eigen voordeel. Terwijl in het begin de mensen nooit vóór half drie kwamen, gebeurde het later vaak dat de onderzoeker door één of meer mensen werd opgewacht. Een positief neveneffect hiervan was dat ze dan op een redelijk uur in het stadscentrum waren, zodat ze nog tijd overhielden om noodzakelijke dingen te regelen die anders niet gebeurden, zoals papieren in orde maken voor een werkloosheidsuitkering of voor het OCMW.

Na enkele maanden kwamen er op sommige dagen zoveel mensen naar de permanentie dat het moeilijk was voor de onderzoeker om aan iedereen aandacht te schenken. Daarom werden twee vrijwilligers, een man en een vrouw, aangetrokken om mee de permanenties te doen op de drukste dagen. Zij hadden allebei in het verleden zelf intensief drugs gebruikt; de vrouw had anderhalf jaar geïnjecteerd. Beiden waren een vijftal jaren voordien in aanraking gekomen met justitie in verband met drugs. Het vonnis was destijds probatie en een aantal uren gemeenschapsdienst. De man had sinds anderhalf jaar een vaste betrekking, en de vrouw was, na enkele jaren te hebben gewerkt, terug beginnen studeren. Ze woonden niet in Antwerpen en waren niet gekend in het gebruikersmilieu van Antwerpen. Beide werden op dit vrijwilligerswerk grondig voorbereid: ze kregen gedetailleerde informatie over HIV/Aids en de verschillende overdrachtswijzen, er werd ingegaan op de attitude ten opzichte van drugsgebruikers, en er werden concrete afspraken gemaakt. We kozen om te werken met ex-drugsgebruikers omdat in het buitenland verschillende malen is aangetoond dat dergelijk mensen als rolmodel kunnen functioneren voor de drugsgebruikers in het project. De vrouw vergezelde de onderzoeker op de drukste permanenties overdag en bij de huisbezoeken; de man ging eens per week 's avonds mee naar de prostitutiebuurt.

3.4.2.3. Grenzen stellen

Een zeer moeilijke opdracht bij dit soort werk is het vinden van de juiste graad van betrokkenheid bij een individu of bij de groep in zijn geheel. Power (1989) citeert Feldman (1974) die deze problematiek goed verwoordt:

> "However detachted researchers must be in their study of human subjects, however objectively they must consider the events that surrounded them, it seems to me an impossibility to avoid affectionate attachment to people whose shared intense experiences have become so much part of our mutual biographies."

Power (1989) voegt hieraan toe dat emotionele betrokkenheid onvermijdelijk en zelfs noodzakelijk is. Het is deels door iets van zichzelf te geven, door open te zijn en bereid om iets van het eigen levensverhaal te delen, dat een relatie van vertrouwen en respect kan groeien tussen de onderzoeker en de drugsgebruiker. Hij vermeldt dat dit niet

met de objectiviteit van de studie zal interfereren zolang deze empathie niet overgaat in identificatie.

Moore (1993) wijst in dit verband erop dat over het algemeen teveel onderscheid wordt gemaakt tussen objectiviteit en subjectiviteit. Hij vertrekt van het concept 'social construction of meaning' (Berger & Luckmann, 1966). De realiteit wordt volgens dit concept gezien als een constante en voortdurende onderhandeling tussen individuen en groepen waarbij sociale betekenissen tot stand komen, veranderen, en verdwijnen. Als observator van een (sub)cultuur gaat men uit van materiaal dat reeds een interpretatie is; de gegevens worden gemedieerd door de cultuur van de mensen wiens cultuur bestudeerd wordt. Men kan dus niet spreken van empirische, objectieve feiten. Trouwens, etymologisch gezien is er niet zoveel verschil tussen feit en fictie, beide woorden stammen af van het Latijnse woord 'factum', dat 'gemaakt' betekent (Rabinow, 1977).

In alle soorten van contacten met mensen worden vanaf het beginstadium grenzen afgebakend. Drugsgebruikers zijn gewoon dat ze over het algemeen met weinig respect worden behandeld, en hadden in het begin moeite om te kunnen geloven dat dit voor één keer niet zo was. Eénmaal dat men doorhad dat men op een gelijkwaardige manier werd behandeld als andere mensen (die geen drugs gebruiken), ging men uitproberen tot hoever die grens lag. Grensconflicten over een (minimum aantal) regels zijn volgens Denissen & van Bilsen (1986) onvermijdelijk, maar zij beschouwen dit als een positief gegeven. Op deze manier leert de drugsgebruiker dat er grenzen zijn aan een dergelijk initiatief. Door een structuur aan te bieden is duidelijk wat de verantwoordelijkheid is van de drugsgebruiker en van de onderzoeker; dit is een basis voor veiligheid. Het afbakenen van grenzen is zowel voor de onderzoeker zelf als voor de drugsgebruikers noodzakelijk. Op deze manier weten beide partijen duidelijk wat ze aan elkaar hebben. Enkele voorbeelden.

(1) De onderzoeker verplaatste zich met de wagen, en het gebeurde regelmatig dat ze een lift aanbood aan één van de deelnemers aan het project. Het gebruik van een wagen wordt door verschillende auteurs (Power, 1989) aangeraden als een goed hulpmiddel om contacten te leggen met drugsgebruikers en om kennis te verwerven over bepaalde stads-

gedeelten waar het drugsmilieu in thuis is. Nochtans is het belangrijk om zich ervoor te hoeden dat men als een soort van taxi wordt gebruikt.

(2) In het project was er een drugsgebruiker die steeds weer op allerlei manieren trachtte om die grens te overschrijden. Hij probeerde de onderzoeker te overhalen om gestolen goed van hem te kopen, hij wilde overal mee naartoe rijden, hij gedroeg zich bijzonder arrogant, en bovendien trachtte hij zoveel mogelijk persoonlijk voordeel te halen uit de situatie door bijvoorbeeld op café de duurste drankjes te bestellen, zoveel mogelijk sigaretten te roken van andere mensen (en zelfs mee te nemen), enzovoort. Zelfs andere drugsgebruikers ergerden zich aan zijn houding. De onderzoeker heeft hem toen duidelijk gemaakt dat het project er voor de drugsgebruikers was. Er werden in gezamenlijk overleg enkele duidelijke afspraken gemaakt. Welnu, tijdens de laatste week had deze drugsgebruiker een doos koekjes meegebracht als blijk van appreciatie naar het project toe.

(3) Voor de drugsgebruikers zelf was het soms ook moeilijk om grenzen te leggen. Vaak was het juist de ervaring van op een andere manier dan gewoonlijk benaderd te worden, dat hen in verwarring bracht. In dit geval was de onderzoeker bovendien een vrouw, terwijl de meeste drugsgebruikers in het project mannen waren, zodat het soms wel gebeurde dat de aandacht die aan hen werd besteed aanleiding gaf tot verwarde gevoelens. Hiermee moesten zowel de onderzoeker als de drugsgebruikers leren omgaan. Het belangrijkste hierbij was duidelijkheid scheppen op een vriendelijke manier. Duidelijkheid is trouwens telkens van groot belang wanneer het gaat om grenzen afbakenen.

(4) Er was een man in het project die verschillende dagen na elkaar belde vanuit één van de randgemeenten waar hij woonde met de vraag of de onderzoeker geen preventiemateriaal kon brengen, want dat hij niet op tijd op de permanentie geraakte met het openbaar vervoer. De onderzoeker gaf hem dan telkens de raad van toch maar naar de stad te komen en op Free Clinic zijn gerief te halen, wat hij natuurlijk niet deed. Dit was een duidelijke poging om de onderzoeker te manipuleren.

Enerzijds moet er dus duidelijkheid zijn over wat kan en niet kan. Anderzijds moet men toch een zekere flexibiliteit behouden. Enkele voorbeelden.

(1) Er was een prostitué die redelijk ver van het café in de stationsbuurt woonde. Het was zo dat de prostitué(e)s niet graag naar de 'gewone' cafés kwamen. Op een keer was hij helemaal naar het betreffende café gehinkt; zijn voet was helemaal opgezwollen en ontstoken door een slechte injectie. De onderzoeker overhaalde hem om een geneesheer te raadplegen, toen hij hiermee instemde bracht ze hem vervolgens naar Free Clinic en voerde hem daarna uiteindelijk terug naar zijn appartement. Indien dit niet was gebeurd, had hij waarschijnlijk dat weekend gehospitaliseerd moeten worden.

(2) Een vrouw die heroïne injecteerde en zich prostitueerde, was in het begin van het project dakloos, samen met haar vriend. Zij had een vreselijk verleden: haar man was overleden aan een overdosis enkele jaren voordien; zelf had zij al zes overdosissen overleefd (de meeste hiervan waren zelfmoordpogingen); op alle vlakken zat zij diep in de knoei. Enkele dagen na de voormeting kwam de onderzoeker haar tegen in de stationsbuurt. Zij vertelde dat haar vriend was gearresteerd. Zij was totaal ontredderd. Zij had zich vanaf dat moment volledig laten gaan; ze was nog meer beginnen te gebruiken; tijdens het gesprek draaide ze regelmatig weg onder invloed van Lexotan die ze per vier, vijf tegelijk innam. In het café waren een groep mannen haar aan het vernederen en uitlachen. Zij was gewoonweg niet in staat om voor zichzelf te zorgen of om in die toestand een klant en een kamer te vinden (het was februari). Omdat de kans reëel was dat zij opnieuw een zelfmoordpoging zou ondernemen, besloot de onderzoeker haar te helpen om een onderkomen voor de nacht te vinden. Dit bleek niet zo vanzelfsprekend. Zij had het in al die jaren behoorlijk bont gemaakt in opvangtehuizen en ziekenhuizen in Antwerpen. Zij bleek overal al gekend te zijn, en berucht voor de scènes die ze kon maken. Uiteindelijk (om twee uur 's nachts) was het, door herhaaldelijk te wijzen op het zelfmoordrisico, gelukt om haar, via de psychiater van dienst, te laten opnemen voor de nacht in een ziekenhuis. Op het einde van het project vond de onderzoeker haar niet meer terug. Maar na enkele weken liep ze haar per toeval tegen het lijf, haar nauwelijks herkennend. Het bleek dat ze gedurende al die maanden een enorme vooruitgang had geboekt: ze was al zes maanden clean, haar vriend was ondertussen vrijgekomen, ze

hadden zich samen ingeschreven voor een cursus van de VDAB, en hadden beiden werk in het vooruitzicht.

3.4.2.4. Het publiek dat aan de spuitenruil deelnam

Doordat er werd gewerkt met intermediairen vanuit twee verschillende submilieus (heroïne- en amfetaminegebruikers), bereikte het project ook mensen van verschillende milieus. We geven hier een korte beschrijving.

De eerste groep bestond uit amfetaminegebruikers. Deze mensen waren de minst marginalen. Dit wil zeggen dat ze over het algemeen zeer veel sociale contacten hadden. Ze gingen soms ook naar dancings, optredens of muziekfestivals. Omdat amfetamines veel goedkoper zijn dan heroïne of cocaïne waren ze ook minder genoodzaakt om illegale activiteiten te ondernemen. Ze waren ook meer bezig met muziek of andere expressievormen. Typerend voor deze groep was ook het feit dat de meesten allerhande potjes en doosjes verzamelen. Het enthousiasme voor de naaldcontainers en sleutelhangers was hier dan ook bijzonder groot. In het algemeen hadden amfetaminegebruikers een grote belangstelling voor voorwerpen, vooral wanneer deze op één of andere manier iets te maken hadden met drugs. Zo was er bijvoorbeeld een vrouw die een insektengordijn maakte van de gekleurde dopjes van de spuiten.
Het zou interessant zijn om te onderzoeken of deze belangstelling uitsluitend toe te schrijven is aan het effect van de amfetamines (men kan moeilijk stilzitten en men is voortdurend aan het prutsen), of dat zij een meer rituele waarde hechten aan de objecten die gerelateerd zijn met drugsgebruik.

De tweede groep bestond uit heroïnegebruikers die niet in de prostitutie zaten. Over het algemeen waren deze mensen relatief eenzaam. Het waren meestal wat oudere gebruikers, die vooral gebruikten om niet ziek te worden. Het was bijzonder moeilijk om deze mensen thuis aan te treffen, omdat ze de hele dag op stap waren om 'geld te maken' en om drugs te kopen. Ze geraakten over het algemeen aan geld door voorwerpen te stelen en door te verkopen aan dubieuze winkeliers, die deze zaken veel duurder verder verkochten. Ze maakten ook regelmatig een uitstapje naar Rotterdam om daar drugs te

kopen. Deze groep was bijzonder vindingrijk in het 'maken van drugs' en in het zich redden uit uiterst precaire situaties. In de literatuur wordt dit de zelfredzaamheid van drugsgebruikers genoemd (Denissen & van Bilsen, 1986):

> "Heroïnegebruikers blijken vaak fascinerend knap te zijn in het onderhouden van zichzelf onder erbarmelijke omstandigheden. Voor een heleboel dagelijkse problemen hebben zij ongelofelijke oplossingen. Zij weten hulpverleners vaak op subtiele wijze voor hun karretje te spannen. Uitgaan van hun zelfredzaamheid stimuleert cliënten om zelf oplossingen te bedenken voor hun problemen."

De derde groep bestond uit een zevental verslaafde prostitué(e)s. Dit was de meest marginale groep, mede ook door het dubbele stigma dat op hen rustte. Het drugsgebruik lag in deze groep ook het hoogst. In de meeste gevallen gebruikte men dagelijks 'snowballs' (een mengeling van heroïne en cocaïne), waardoor men zeer veel geld nodig had. De enige mogelijkheid om dit te bekostigen was dan prostitutie. In dit milieu had men veel gezondheidsproblemen, zoals bijvoorbeeld ontstekingen en verzweringen van plaatsen waar ze injecteerden. Omdat er nogal wat cocaïne werd geïnjecteerd, lag de injectiefrequentie in deze groep veel hoger. Dit betekent dat men meer spuiten nodig had. Bovendien waren bij de meesten de aders verhard door het veelvuldige injecteren, waardoor ze meermaals moesten prikken vooraleer men goed zat. Hierdoor was de naald vlugger bot, zodat men voor één shot vaak verschillende spuiten nodig had. Het langdurig op straat staan tippelen had vaak ook een negatieve invloed op de gezondheid. In de loop van het project is er een vrouw[7] overleden aan een dubbele longontsteking als gevolg van het bijna ononderbroken werken op straat. Het was een zeer hard milieu, waar niemand elkaar durfde vertrouwen, maar waar toch op kritieke momenten een spontane solidariteit ontstond.

Het in contact komen met een dergelijke verscheidenheid aan milieus, kon soms een echte steun zijn. Wanneer er zich relatief veel problemen voordeden in het ene milieu, was het vaak zo dat het een betere periode was voor anderen. De ene persoon bezat ook al wat meer controle over zijn/haar situatie dan de andere: de groep bestond uit

---

[7]Deze vrouw nam niet deel aan het project, omdat de voormeting al een tijdje was afgesloten toen ze wilde participeren, maar we onderhielden wel contact met haar en ruilden af en toe toch spuiten.

mensen gaande van meer recreationele gebruikers tot de zwaar afhankelijke en erg marginale gebruikers. Het was erg bemoedigend om vast te stellen dat sommigen met succes pogingen ondernamen om hun levenssituatie te verbeteren.

3.4.2.5. Ervaringen tijdens de spuitenruil

1. Deelname aan het project

De reacties van de drugsgebruikers op het spuitenruilproject waren onverdeeld positief. Zoals gezegd waren ze in het begin een beetje argwanend, maar eens ze merkten dat het niet 'gevaarlijk' was om mee te doen, kwam alles in een stroomversnelling. Vele drugsgebruikers kwamen, lang nadat de voormeting reeds was afgesloten, vragen om toch nog te mogen deelnemen. Dit plaatste ons voor een dilemma. Deelname aan het project was strikt genomen gebonden aan het onderzoek (met voor- en nameting), maar aan de andere kant vonden we het deontologisch niet verantwoord om de enen wel en de anderen geen spuiten te laten ruilen of preventiemateriaal te onthouden.

Tegelijk merkte de onderzoeker op dat er spontaan een secundair distributiesysteem werd ontwikkeld voor het preventiemateriaal. Dit werd extra gestimuleerd door het probleem van de relatief korte fase van de voormeting. Drugsgebruikers waren erg solidair met elkaar, en gaven aan elkaar preventiemateriaal door dat ze van de spuitenruil meebrachten. Dus, hoewel eigenlijk slechts 60 personen deelnamen aan de spuitenruil, waren er dat in werkelijkheid veel meer.

Het was ook zo dat sommige drugsgebruikers, die niet in het project zaten, van de situatie gebruik maakten door op Free Clinic, waar men niet op de hoogte was wie er al dan niet meedeed, spuiten te ruilen. Dit waren mensen die ofwel tegen de vragenlijst opzagen ofwel te laat waren voor de voormeting.

Omdat de drugsgebruikers blijkbaar zelf al oplossingen hadden bedacht om toch te kunnen participeren, stimuleerde de onderzoeker de mensen die te laat kwamen om nog

mee te doen door deze twee wegen (spuiten ruilen via anderen die wel in het project zaten en spuiten ruilen op Free Clinic) te benutten om aan het nodige materiaal te geraken.

Een belangrijke conclusie die we hieruit kunnen trekken is dat een spuitenruil - die toch de bedoeling heeft om de 'onbereikbaren' te bereiken - nog laagdrempeliger kan worden georganiseerd.

2. Confrontaties tussen drugsgebruikers onderling

Het feit dat twee verschillende populaties met elkaar in contact kwamen (het prostitutiemilieu kwam niet in aanraking met de andere groepen) was op zich een interessant gegeven. Het was erg boeiend om de interacties gade te slagen. Het zette mensen soms aan tot denken over het leven dat ze leidden. De amfetaminegebruikers keken enorm neer op heroïnegebruikers, die zij beschouwden als 'echte' verslaafden. De meeste amfetaminegebruikers dachten niet over zichzelf als verslaafden. Dit had te maken met het feit dat amfetamines niet zo sterk lichamelijk afhankelijk makend zijn als heroïne, zodat ze meenden dat ze de situatie onder controle hadden. Dit gaf hen de gelegenheid om hun drugsproblemen te ontkennen. Ze beschouwden zich bijna allemaal als recreationele gebruikers. Voor een deel onder hen ging dit wel op, maar de overgrote meerderheid was erg afhankelijk van amfetamines. Dit wisten de heroïnegebruikers blijkbaar maar al te goed. Zodra amfetaminegebruikers negatieve opmerkingen maakten in de stijl van "smack is vergif" (waartoe ze zich gemakkelijk lieten verleiden, want met zo'n uitspraken legitimeerden ze voor een deel hun gebruik, 'dat toch veel minder erg is') ontstond er onmiddellijk een hevige discussie.

Het aanzetten tot reflectie over de eigen levenssituatie was een belangrijk neveneffect van het project. Dit werd eens te meer duidelijk door een bemerking van één van de gebruikers. Hij stelde dat het feit dat de ontmoetingen plaatsvonden in een neutrale, niet-met-drugs-beladen cafés hem na lange tijd opnieuw confronteerde met zijn eigen levenswijze. Alle dingen waar hij aan gewend was, leken plots niet meer zo vanzelfsprekend.

Een derde aanleiding tot reflectie was de aanwezigheid van de vrijwilligers. Het confronteerde de drugsgebruikers met de vaststelling dat het mogelijk is om te stoppen met drugs gebruiken of injecteren, en dat een drugsverleden de uitbouw van een andere toekomst niet noodzakelijk in de weg staat.

3. Interesse bij de drugsgebruikers voor de preventieboodschap

Men kan zich afvragen of de personen die deelnamen aan de spuitenruil werkelijk openstonden voor de preventieboodschap. Het zou kunnen dat ze enkel geïnteresseerd waren in het materiaal dat gratis was en/of voor de drankjes en de sigaretten. Hoewel het niet uit te sluiten is dat dit het geval was bij sommigen, stelde de onderzoeker toch bij velen een waarachtige interesse vast voor de preventieve boodschap. Dit kwam tot uiting in de veelvuldige vragen die regelmatig werden gesteld rond naaldhygiëne. Een illustratie hiervan is de vrouw die zeer nieuwsgierig informeerde naar de veiligheid van allerlei gedragingen. Zo vroeg ze of het voldoende was om de bokaal, waaruit iedereen water optrok om de shot klaar te maken, uit te spoelen en met vers water te vullen. Een prostitué informeerde naar het verschil tussen anale en vaginale condooms[8]. Hij kende geen enkele man die bij anale seks anale condooms gebruikte. In dergelijke gevallen werden volgens hem meestal gewone, vaginale condooms gebruikt[9].

---

[8]Het is op zich al opmerkelijk dat een prostitué hiervan niet op de hoogte is !

[9]Men kan zich hierbij de vraag stellen of hij niet uit eigen ervaring sprak. In de interviews gaf geen enkele prostitué toe dat hij anale seks bedreef met zijn klanten. De onderzoeker kon zich niet aan de indruk onttrekken dat er een sterk taboe rust op dit onderwerp. Dit is misschien te begrijpen vanuit de natuurlijke geaardheid van deze mannen. Een heteroseksuele prostituée die seksuele betrekkingen heeft met mannen, gaat niet in tegen haar seksuele geaardheid. De prostitués in het project waren allemaal heteroseksuelen die beroepshalve seksuele contacten hadden met andere mannen. Bovendien is in onze maatschappij homoseksualiteit toch nog steeds moeilijk bespreekbaar. Men kan dus begrijpen dat, indien seksuele contacten onder mannen die homoseksueel zijn al zo gevoelig ligt, het des te moeilijker is voor een heteroseksuele man om seksuele contacten met een man toe te geven, en nog moeilijker is om ervoor uit te komen dat hij anale seks heeft met een andere man.

Een andere manier waarop de onderzoeker interesse kon vaststellen was de observatie dat de drugsgebruikers zelf zochten naar andere wijzen om te voorkomen dat ze risico zouden lopen.

Een handeling die velen spontaan uitvoerden, was het routineus schoonmaken van de lepel met een alcoholswab. De man, die later overleden is aan een overdosis, had een ingenieus systeem gevonden om spuiten te vernietigen onmiddellijk na het gebruik. In een koffieblik had hij een aantal gaten gemaakt. In het blik zelf stopte hij krantepapier. Na het zetten van een shot stak hij de spuit erbij, liet het papier vuur vatten, deed het deksel op het blik en plaatste het geheel op de vensterbank (omwille van de rookontwikkeling). Op een keer demonstreerde hij dit aan de onderzoeker; na verbranding (die slechts enkele minuten duurde) was vrijwel niets van de spuit overgebleven. Zo voorkwam hij dat iemand een gebruikte spuit zou hanteren. Dergelijke methodes werden vaak overgenomen door anderen. Zinberg (1984) maakte ook melding van het bestaan van sociale mechanismen die uitgevonden en aangepast worden door drugsgebruikers om de schade ten gevolge van drugsgebruik zoveel mogelijk te beperken. Het bestaan van dergelijke mechanismen kunnen bijdragen tot een verandering van risicogedrag.

Enkelen brachten soms ook kranteartikels mee die verband hielden met drugs injecteren. Bij het bezoek van de keizer van Japan aan Antwerpen bijvoorbeeld, was er een artikel verschenen over een grootscheepse schoonmaakactie van de straten waarbij tientallen spuiten werden gevonden. Iemand had dit artikel meegebracht. Toen hij dit toonde, zei hij dat dit een gevolg was van het beleid. Van zodra bij een routinecontrole politieagenten een (gebruikte) spuit op iemands lichaam vinden, wordt deze persoon vaak beschuldigd van drugsgebruik en kan dit problemen scheppen. Het is dus logisch, zei hij, dat mensen spuiten onmiddellijk na gebruik op straat wegwerpen.

De ervaring leerde dat het belangrijk is om de preventieboodschap duidelijk mee te geven, en - zeker in het begin - de drugsgebruikers niet teveel te overrompelen met alle mogelijke risico's. Indien men onmiddellijk een opsomming geeft van wat allemaal niet kan, bestaat het risico dat de persoon in kwestie afhaakt en geen enkele voorzorgsmaatregel meer treft.

Het is ook belangrijk om de boodschap op de juiste wijze over te brengen. Zo was er een vrouw die aan haar arts had gevraagd of condooms een veilig voorbehoedsmiddel zijn. De arts had geantwoord dat er een zeker risico is dat men bij gebruik van een condoom toch nog zwanger wordt. Hij had echter niet de moeite genomen om dit gegeven even in een context te plaatsen (door bijvoorbeeld te vermelden dat geen enkel anticonceptivum honderd procent 'waterdicht' is). Bijgevolg kwam zij opgewonden naar de onderzoeker met de opmerking dat, indien je met condooms zwanger kan worden, het nooit een goed middel kon zijn om het HIV tegen te houden. Omdat zij toch al een weerstand had ten opzichte van condooms (die ze tevoren van haar kon afzetten omdat ze het belang ervan inzag), besloot ze met te zeggen dat ze in de toekomst geen condooms meer zou gebruiken. De onderzoeker, die geen arts was, had veel overredingskracht nodig om de informatie van de arts ('die dit toch wel het beste zou weten') te corrigeren.

Het is eveneens soms nodig om het gebruik van preventiemateriaal toe te lichten. Op een dag kwam bijvoorbeeld de vraag wat 'geen inwendig gebruik' op de verpakking van de alcoholswabs betekende. De persoon in kwestie die de vraag stelde had de alcoholswabs niet durven gebruiken op de wijze dat de onderzoeker had voorgesteld omdat hij dacht dat een wondje van een prik misschien ook inwendig was.

4. Het actief betrekken van de drugsgebruikers bij de permanenties

Drugsgebruikers actief betrekken bij de spuitenruil heeft verschillende voordelen. Eerst en vooral zijn deze mensen per definitie geloofwaardiger in hun eigen groep dan een onderzoeker van buitenaf. Ze kunnen als rolmodel fungeren voor de groep (Abdul-Quader *et al.*, 1992). Friedman *et al.* (1992) rapporteerden dat er een groot verband is tussen de meldingen dat men risicogedrag tracht te beperken en de mate waarin vrienden dit doen. Ten tweede is er een onmiskenbaar positief effect op deze drugsgebruikers die actief worden betrokken bij dergelijke projecten. Bolton & Selleck (1991) observeerden dat wanneer drugsgebruikers actief bij preventiewerk betrokken geraken, ze soms ernstiger gaan nadenken over hun situatie, en dat dit hen het vertrouwen biedt om hun problemen aan te pakken. Drugsgebruikers hebben vaak een laag zelfwaardegevoel. Ze krijgen meer zelfvertrouwen wanneer ze ingeschakeld worden in een dergelijk project.

Sommige onderzoeken gaan zover dat ze de drugsgebruikers zelfs betrekken bij het onderzoek voor het opstellen van protocollen en vragenlijsten (Herkt, 1993).

In ons onderzoek groeide spontaan een soort van samenwerking tussen de onderzoeker en enkele drugsgebruikers. Het begon met een man (X), die op een dag in de groep vertelde dat je de alcoholswabs nooit mocht gebruiken nà een injectie, maar enkel daarvoor. Hij legde uit dat de alcohol de wonde dichtbrandt en dat je daardoor een litteken kan krijgen. Hij stelde voor om de injectieplaats achteraf schoon te maken met zuurstofwater.

Deze persoon stond in het milieu bekend als iemand die erg bezig was met het overhalen van mensen om geen riskant gedrag meer te stellen. In zijn appartement hingen folders over veilig drugs injecteren en over condoomgebruik, en in gesprekken kwam hij hier ook regelmatig op terug. Dit deed hij al lang voordat het project van start ging. Omdat hij een zeer vriendelijke en doodeerlijke man was, genoot hij in zeker opzicht heel wat aanzien in de groep. Enkelen hadden de gewoonte om van zijn eerlijkheid misbruik te maken, waardoor hij in de ogen van sommigen ietwat meelijwekkend was. Hij was een narcolepsie-patiënt, die amfetamines onder meer gebruikte om wakker te blijven. Hij kon zichzelf er namelijk moeilijk toe brengen om naar de dokter te gaan om een voorschrift als zijn pillen op waren. Bovendien moest hij regelmatig naar een controledokter van de ziekteverzekering. Telkens wanneer hij in de wachtkamer kwam en er waren veel mensen aanwezig, werd hij angstig en kreeg hij het benauwd, met als gevolg dat hij wegvluchtte. Hierdoor kwam hij zijn afspraken met de controledokter niet na en dit bezorgde hem natuurlijk last. Hij kon nooit gezegd krijgen waarom hij niet aanwezig was geweest, en omwille van dit alles, tesamen met het feit dat hij er nogal ruig uitzag, kwam hij telkens weer in de problemen. Zijn financiële toestand was op een gegeven moment zo erbarmelijk (en stelen deed hij principieel niet; dat verkondigde hij keer op keer met trots), dat hij dakloos werd. Op dit moment liep eigenlijk alles mis in zijn leven. Hij gebruikte ook excessief veel amfetamines. Dit was in het begin van het project. Maar het regelmatig komen naar de permanenties, waar hij aandacht kreeg en raad kon vragen, gaf hem blijkbaar veel steun. Zijn persoonlijke interesse voor de Aidsproblematiek maakte dat hij vaak vragen van anderen kon beantwoorden. Dit ver-

sterkte zijn zelfvertrouwen. Langzamerhand begon hij initiatief te nemen om iets aan zijn problemen te doen. In het begin ging dit moeizaam; hij was vlug ontmoedigd. Geleidelijk aan verbeterde zijn situatie, waardoor hij er gemakkelijker toe kwam om ook iets te doen aan andere problemen. In de loop van het project daalde zijn gebruik spectaculair. Terwijl hij in het begin gemiddeld één week wakker bleef door zijn amfetaminegebruik, gebruikte hij enkele maanden later nog slechts sporadisch. Hij zag er gezonder uit en was opgewekter. In die periode gebeurde het dat de vrijwilligster, door een verandering van haar lesrooster bij de aanvang van het nieuwe schooljaar, niet meer kon meekomen op de drukste dagen.

Daarom vroeg de onderzoeker aan X of hij de vrijwilligster niet wilde vervangen op de dagen dat zij niet kon komen. Hij stemde hierin toe. Vanaf dat moment bloeide deze man echt open. Hij nam op een zeer natuurlijke wijze zijn rol op. Zo gebeurde het bijvoorbeeld dat iemand, onmiddellijk na het overhandigen van preventiemateriaal, naar het toilet ging en daar een shot zette. Toen hij terugkwam, maakt X hierover een opmerking op zodanige wijze dat deze persoon dit accepteerde van hem, en sindsdien dit niet meer deed. Omdat hij terzelfertijd deel uitmaakte van de groep en toch ook de onderzoeker hielp, kon hij meer invloed uitoefenen op de groep dan de onderzoeker ooit zou kunnen. X stelde zich van dan af ook steeds spontaan 'strategisch' op; hij ging dan ten opzichte van de onderzoeker zo zitten dat beiden aandacht konden geven aan een deel van de mensen die aanwezig waren. Was er iemand die niet direct een gesprekspartner had, dan had hij hier oog voor en ving dit op. Hij deelde ook mee preventiemateriaal uit. Het gevoel van met iets zinvols bezig te zijn, deed hem zichtbaar goed. Het gaf hem ook zelfvertrouwen.

Een tweede man (Y) werd op een andere manier bij de spuitenruil betrokken. De onderzoeker ontmoette hem voor de eerste maal in één van de deelnemende Therapeutische Gemeenschappen. Later, voor het einde van het programma, is hij daar weggegaan. Op een keer kwam hij mee met één van de deelnemers aan de spuitenruil. Y had nogal een zwaar verleden. Hij had reeds heel wat ervaring gehad met allerlei soorten hulpverleningsdiensten, voornamelijk in Antwerpen. Hij kende niet enkel de 'gewone' hulpverleningsadressen, maar bijvoorbeeld ook: waar je terecht kon voor voedselpakket-

ten, voor goedkope tabak, voor onderdak, enzovoort. Op een keer vertelde hij dat hij hiervan een inventarisatie had gemaakt. De onderzoeker pikte hierop in en vroeg of hij deze niet eens kon meebrengen. Uiteindelijk maakten ze samen een overzichtelijke lijst van deze diensten, en deze werd werd gekopieerd en uitgedeeld aan geïnteresseerden in het project. Hierdoor voelde Y zich meer betrokken en had tevens het gevoel zich nuttig te hebben gemaakt. Zijn informatie was zeer goed, want het was aan de ervaring getoetst: hij kon bijvoorbeeld zeggen waar men drugsgebruikers vriendelijk en menselijk behandelde en waar niet. Op een gegeven moment is hij bij Payoke, waar hij regelmatig een goedkope warme maaltijd ging nuttigen, een beetje beginnen meehelpen in de keuken. Ook dit gegeven maakte dat hij zelfzekerder werd.

5. Doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverleningsdiensten

De deelnemers aan de spuitenruil kwamen niet alleen met vragen rond HIV-risico's, maar na verloop van tijd vroegen ze om raad over alle soorten onderwerpen die hen aanbelangden. Deze onderwerpen varieerden sterk: ze kwamen hun hart uitstorten over vriendschap, liefde, en vertrouwen, de problemen die ze ondervonden wanneer ze op zoek waren naar een woonplaats, het in orde geraken met allerlei administratieve aangelegenheden, medische problemen, de wens om te stoppen met drugsgebruik, enzovoort. Soms wilde men gewoon een luisterend oor, maar in vele gevallen kwam men met een praktische vraag ("Wat kan ik doen ? Tot wie moet ik mij wenden ? ...). In deze laatste gevallen verwees de onderzoeker door naar andere, meer gespecialiseerde diensten. Door het feit dat zij regelmatig contact onderhield met deze mensen en op de hoogte werd gehouden over het welzijn van deze mensen, kreeg zij geleidelijk aan ook een zicht op het functioneren van de verschillende diensten. Niet alle diensten nemen eenzelfde houding aan ten opzichte van drugsgebruikers. Wanneer verschillende personen gelijkaardige situaties vertelden, kon men aannemen dat er toch een mate van waarheid in schuilde. Bijvoorbeeld, in sommige ziekenhuizen werden drugsgebruikers zoveel mogelijk geweerd, en indien er toch een opname plaatsvond, behandelde men hen erg denigrerend; dit in tegenstelling tot andere ziekenhuizen, waar drugsgebruikers als 'gewone' mensen werden behandeld. Met behulp van deze informatie kon de onderzoeker steeds beter doorverwijzen.

De drugsgebruikers zelf hielpen elkaar ook regelmatig. De ontmoetingen op café boden een ideale gelegenheid om informatie uit te wisselen over allerhande zaken. Hoewel op het vlak van geld en drugs een aantal onder hen elkaar niet konden vertrouwen, bestond er ook een echte solidariteit tussen hen in noodsituaties. Deze solidariteit groeide nog in de loop van de spuitenruil. Dit had te maken met een soort van sociale controle die spontaan was ontstaan.

6. Sociale controle

Tussen de mensen die deelnamen aan de spuitenruil ontwikkelde zich een vorm van sociale controle. Hiervan werd al een voorbeeld gegeven (de opmerking van X tegen iemand die was gaan shotten op het toilet). Door het regelmatig samenkomen van de heterogene groep van drugsgebruikers in een voor hen neutrale omgeving, gingen de leden van de groep zich geleidelijk aan anders gedragen ten opzichte van elkaar. Enkele voorbeelden.

(1) Er was iemand (Z) die graag sjoemelde wanneer hij drugs doorverkocht aan vrienden. Dit was algemeen geweten. Toch waren er nog regelmatig mensen die, tegen beter weten in, van hem kochten. Telkens wanneer Z weer iemand had bedrogen, ontstond er uiteraard een conflict. In het begin van het project gebeurde het dat Z, wanneer hij iemand van het project had bedrogen, een hele tijd niet meer opdook tijdens de permanenties, totdat het conflict weer was bijgelegd. Z was echter nogal gehecht aan het bijwonen van de permanenties. Op een gegeven moment had iemand hem weer eens geld gegeven om drugs voor hem te halen. Hij bleef zeer lang weg, en de persoon die de 'bestelling' had gedaan, werd kwaad op Z, en op zichzelf, omdat hij weer zo naïef was geweest. Net voordat hij de hoop opgaf, kwam Z eraan met de beloofde drugs (zonder te sjoemelen). Vanaf dat moment gedroeg hij zich bij het verhandelen van drugs erg correct, althans wat betreft de mensen die deelnamen aan het project. Blijkbaar vond hij het de moeite waard om een oude gewoonte (gedeeltelijk ?) op te geven in ruil voor wat hij in de plaats kreeg wanneer hij naar de permanenties kwam.

(2) Een andere man vond er genoegen in om te trachten sigaretten te stelen. Indien hij werd betrapt, deed hij zeer verontwaardigd ("hoe kun je nu denken dat ik zoiets zou doen!"), en vervolgens zocht hij naar nieuwe wijzen om sigaretten te stelen. Hij had wel het ongeluk dat er een soort van sociale controle was ontstaan. Bij elke nieuwe poging was er altijd wel iemand die het had gezien en er een opmerking over maakte. Of hij er uiteindelijk mee zou zijn gestopt weten we niet, want na enkele maanden (het werd winter en, zoals hij zei, tijd voor een dak boven zijn hoofd en regelmatige maaltijden om op kracht te komen) liet hij zich opnemen in een ontwenningscentrum.

(3) De mensen waren op de hoogte van elkaars gebruikspatroon. Wanneer iemand achteruit ging, kwam dit soms ter sprake op de permanenties. Bijvoorbeeld, een jongeman (W), die amfetamines injecteerde, gebruikte op een keer heroïne. Dit werd opgemerkt door een aantal mensen. Deze begonnen terstond te proberen om W duidelijk te maken dat ze dit een slechte ontwikkeling vonden. Ze hebben urenlang met hem gepraat; één van hen dreigde zelfs dat hij niets meer met hem wilde te maken hebben indien dit nog zou gebeuren. Uiteindelijk is dit toch niet gebeurd. W heeft nog enkelen keren heroïne gebruikt, maar is uiteindelijk niet overgeschakeld naar heroïnegebruik, zoals hij aanvankelijk van plan was.

(4) Ook andere negatieve tendensen werden nauwlettend in het oog gehouden. Wanneer iemand steeds weer wegzakte onder de verdovende werking van de heroïne, werden hierover door de andere groepsleden opmerkingen gemaakt. Indien iemand trachtte op te scheppen met deviant gedrag gebeurde hetzelfde. Het was alsof een andere omgeving alles in een ander licht plaatste. De dingen die zij allang vanzelfsprekend vonden, kregen plots een andere betekenis.

7. Waarom participeerden de drugsgebruikers aan dit project ?

In de eerste plaats kwamen de mensen natuurlijk voor preventiemateriaal naar de permanenties. Dit was vooral in het begin de reden van hun komst. Ze slaagden erin om hun wantrouwen opzij te zetten omwille van de dingen die ze kregen. Dat men niet

uitsluitend kwam voor het preventiemateriaal, bleek uit de talrijke bezoeken van mensen aan de permanentie zonder ze iets nodig hadden.

Parallel met het proces van elkaar beter te leren kennen, werden ze geleidelijk aan ook geleid door andere motieven dan louter materiële. In een tweede fase lokte het hen ook aan om iets te consumeren in een aangename omgeving die toch niet behoorde tot hun submilieu tezamen met andere gebruikers, van wie ze steeds wel enkelen kenden. Het gaf hen de gelegenheid om even te ontsnappen aan de dagelijkse stress en om te ontspannen, tot rust te komen. Voor sommigen betekende het ook een beetje op kracht komen. In de cafés van de permanenties hadden ze bijna overal wel een dagsoep, die niet veel duurder was dan een koffie. De onderzoeker stimuleerde diegenen, waarvan ze wist dat ze geen inkomen of onderdak hadden, om een soep te consumeren in plaats van een koffie.

Ook de contacten met de onderzoeker en de vrijwilligers waren voor de mensen die deelnamen aan het project erg belangrijk. Hierdoor kwamen ze in de gelegenheid om nog eens een gesprek te voeren over koetjes en kalfjes in plaats van over drugs en geld. Op deze wijze was het ook mogelijk om aan een buitenstaander raad te vragen zonder hiervoor naar de hulpverlening te moeten stappen. Het informele van de gesprekken maakte ook dat ze niet echt het gevoel hadden met een hulpverlener of onderzoeker te praten. Ze konden in zekere mate zichzelf zijn bij iemand die niet tot hun milieu behoorde. Bovendien genoten velen onder hen ervan dat ze met respect werden behandeld; ze waren eerder het tegendeel gewoon. Dit werd door een aantal expliciet zo verwoord. Meerdere mensen waren hierdoor zelfs ontroerd. Zo bracht een koppel op een keer wenskaartjes mee voor de onderzoeker en de intermediairen, waarop een dankwoordje geschreven stond.

5. BESPREKING VAN DE RESULTATEN

5.1. VERGELIJKING A: VERSCHILLEN TUSSEN BEIDE POPULATIES WAT BETREFT DE VOORMETING

Uit de resultaten blijkt dat de twee onderzoekspopulaties vergelijkbaar zijn wat betreft een groot aantal beschrijvende variabelen. De groepen verschilden enkel in leeftijd en in opleidingsniveau, waarbij de straatgroep gemiddeld ouder was en een zwaardere opleiding had genoten, maar terzelfdertijd de gevolgde opleiding minder vaak met een diploma had beëindigd.

Ook het drugsgebruik was in beide populaties weinig verschillend. Men is de verscheidene drugs gemiddeld op eenzelfde leeftijd beginnen gebruiken, maar aangezien de straatgroep gemiddeld ouder was, lag het aantal jaren gebruik voor deze drugs in de straatgroep hoger. Hoewel de straatgroep dus al langer drugs gebruikte, was deze populatie aanzienlijk minder in contact gekomen met de drugshulpverlening dan de residentiële groep. Wanneer er toch sprake was van dergelijke contacten, ging het meestal over éénmalige contacten en betrof het over het algemeen de meest laagdrempelige voorzieningen, zoals methadonprogramma's en crisisinterventiecentra. De mensen uit de residentiele groep daarentegen hadden vaak meerdere contacten met de drugshulpverlening gehad, waarbij tot de meest voorkomende instellingen de Therapeutische Gemeenschappen, de crisisinterventiecentra, en de psychiatrische ziekenhuizen of ontwenningsklinieken behoorden.

Uit het onderzoek kwam ook naar voor dat de mensen in de residentiële groep meer ontwenningspogingen op eigen houtje hadden ondernomen dan de straatgroep, maar dat zij bij deze pogingen er minder lang in slaagden om clean te blijven. In de residentiële groep maakte men ook meer melding van overdosissen.

Algemeen kan men dus stellen dat, hoewel de residentiële groep minder lang drugs gebruikte, men in deze populatie meer bezig was met ontwenningspogingen, zowel op

eigen initiatief als met de hulp van ontwenningscentra. Men had bijgevolg dus ook meer falingservaringen.

De gemiddelde ernstscores voor verschillende levensdomeinen lagen hoger in de residentiële groep. De algemene levenssituatie van de residentiële groep was op verscheidene gebieden problematischer dan voor de straatgroep. Voor de meeste leefgebieden was dit verschil significant. Dit was niet het geval voor 'lichamelijk gezondheid', 'arbeid, opleiding, inkomen', en 'drugsprobemen'. Met andere woorden, wat betreft drugsproblemen zijn beide populaties wel te vergelijken, zodat de verschillen in de overige leefgebieden, met name 'alcoholproblemen', 'juridische problemen', 'sociale problemen', en 'psychische problemen' niet kunnen worden toegeschreven aan verschillen in drugsproblemen. Het is wel zo dat mensen die verblijven in een ontwenningsinstelling meer bewust bezig zijn met al deze probleemgebieden. Ze bezitten over het algemeen meer probleeminzicht, vooral bij een vrijwillige opname, waarbij dit inzicht heeft geleid tot de opname zelf (dit geldt natuurlijk niet wanneer juridische motieven van invloed zijn). Maar aangezien de schatting van de ernstscores niet enkel steunt op zelfrapportering, maar eveneens op het oordeel van de interviewer over de ernst van de feitelijke problemen, kunnen deze verschillen hieraan niet worden toegeschreven.

De rapportering van riskant drugsgebruik in het verre en nabije verleden was in beide onderzoeksgroepen vergelijkbaar. Algemeen was er een daling in het riskant injecteergedrag gedurende de laatste jaren. De impact van de media en de toenemende bewustwording van het Aidsrisico in het algemeen speelden hierbij allicht een rol. Nochtans bleef het riskant drugsgebruik in de twee populaties nog onrustbarend (de helft meldde nog riskant drugsgebruik gedurende het laatste half jaar voorafgaand aan het onderzoek). En aangezien drugsgebruikers tegenwoordig meer op de hoogte zijn van de implicaties van dit gedrag, is de kans niet klein dat deze rapportering van riskant drugsgebruik onderhevig was aan sociale wenselijkheidsfactoren. Met andere woorden, het is waarschijnlijk dat deze cijfers een onderschatting zijn van het werkelijke risicogedrag.

Op het vlak van het riskant seksueel gedrag zijn de resultaten nog alarmerender. Een groot deel van de drugsgebruikers beweerde seksueel actief te zijn. Maar slechts

weinigen hielden bij seksuele betrekkingen rekening met de gevaren voor besmetting met het HIV of andere SOA's. Bij vaste partners was condoomgebruik zo goed als onbestaande, en bij losse partners was dit al niet veel beter. In de straatgroep meldden alle prostituées steeds condooms te gebruiken bij hun professionele contacten. Dit is bemoedigend, ware het niet dat de prostituées van de residentiële groep verklaarden van slechts in 44% van gevallen condooms te gebruiken met klanten. Het is waarschijnlijk dat de prostituées in de straatgroep, die net zoals andere, niet-injecterende prostituées op de hoogte zijn van de risico's, sociaal wenselijke antwoorden gaven. Dit vermoeden wordt bevestigd door de observatie dat prostitué(e)s onderling regelmatig praatten over bepaalde drugsgebruikende collega's die 'de markt verpestten' door, vaak tegen extra betaling, seksuele betrekkingen met klanten hadden zonder gebruik te maken van condooms. Ook hebben we gezien dat sommigen zwaar onder invloed van pillen of drugs meegingen met een klant, zodat het moeilijk was te geloven dat zij alles nog onder controle konden hebben. Bovendien is er nog het probleem van het taboe bij mannelijke prostitués rond anale betrekkingen, vooral wanneer ze zelf heteroseksueel geaard zijn. Het lijkt er dus op dat er veel meer seksueel risicogedrag voorkomt bij drugsgebruikende prostitué(e)s dan de resultaten van dit interview doen vermoeden.

5.2. Vergelijking B: Verschillen tussen de voor- en de nameting in de straatgroep

De spuitenruil verliep uitstekend. Vanaf het begin bracht men de vuile spuiten mee naar de permanenties. De 'return rate' bedroeg 89.5%. Dit is in vergelijking met andere landen vrij hoog. Enkel in Nederland kende men een hogere 'return rate' (95%), maar dit was op een moment dat de spuitenruil reeds enkele jaren bestond en reeds goed ingeburgerd was bij de drugsgebruikers. In het begin bedroeg dit cijfer 70%.

Deze hoge 'return rate' is onder andere toe te schrijven aan de flexibiliteit van de spuitenruil. Het gebeurde soms dat mensen, die regelmatig naar de permanenties kwamen en steeds hun spuiten meebrachten, nieuwe spuiten vroegen zonder hun gebruikte spuiten bij zich te hebben. Dit kon bijvoorbeeld gebeuren wanneer de politie ze had afgenomen, of wanneer iemand anders ze had meegenomen, of wanneer men gewoon geen tijd had

gehad om nog even langs thuis te gaan om ze op te halen. Dan gaf de onderzoeker toch een aantal mee, met de vraag de volgende keer ze wel mee te brengen. Na verloop van tijd gebeurde het dat men veel meer spuiten meebracht dan men ervoor in de plaats vroeg, bijvoorbeeld wanneer men een periode zijn/haar gebruik minderde. Doordat de regels niet te rigide werden toegepast, werden ze juist des te beter opgevolgd.

De levenssituatie van de drugsgebruikers die naar de permanenties kwamen, verbeterde gemiddeld over de hele lijn. Deze daling van problemen was enkel significant op het vlak van drugsproblemen en van sociale problemen. Men kan hier de kritiek opperen dat deze resultaten gebaseerd zijn op zelfrapportering. Maar, zoals hierboven reeds werd gesteld, de ernstscores weerspiegelen eveneens het oordeel van de onderzoeker over de ernst van de feitelijke problemen. Aangezien de onderzoeker deze mensen volgde over een periode van zes tot twaalf maanden, had zij door middel van observatie een relatief goed zicht verworven op de problematiek van de verschillende levensdomeinen.

Wanneer we kijken naar het drugsgebruik van de straatgroep bij de nameting, stellen we een significante daling vast in gebruiksfrequentie van heroïne, amfetamines, en medicatie, de voornaamste drugs. Twaalf personen zijn gestopt met heroïnegebruik, dit wil zeggen dat ze minstens één volledige maand voor de nameting geen heroïne gebruikten. De meesten van deze twaalf zijn gestopt met heroïne zonder de hulp van methadon of medicatie. Ze gingen hun roes ook niet zoeken in andere drugs. Het gebruik van andere drugs lag vrij laag. Indien er al drugs werden gebruikt, dan was dit zeker niet frequent. Een uitzondering was wel cannabis: bijna de helft gebruikte nog dagelijks cannabis. Vijf amfetaminegebruikers stopten met het gebruik van amfetamines. Vijf heroïnegebruikers en twaalf amfetaminegebruikers verminderden hun gebruiksfrequentie. Voor achttien heroïnegebruikers en tweeëntwintig amfetaminegebruikers bleef het gebruikspatroon stabiel. Hier tegenover stond dat de gebruiksfrequentie voor acht heroïnegebruikers en voor vier amfetaminegebruikers toenam. Men kan dus stellen dat de deelname aan de spuitenruil het drugsgebruik zeker niet bevorderd heeft. De spuitenruil heeft ook geen mensen aangezet om te beginnen spuiten.

Het riskant drugsgebruik in deze groep was bij de nameting significant gedaald. Slechts 11.6% rapporteerde nog vuile spuiten te hebben gebruikt. De verhoogde beschikbaarheid van spuiten stimuleerde de drugsgebruikers om hun gedrag aan te passen. Hoewel deze resultaten zeer positief zijn, waren er toch nog steeds een aantal die nog riskant injecteerden. Dit gebeurde onder meer in de gevangenis, en in andere situaties waar op dat moment geen propere spuit voorhanden is. Drugsgebruikers zijn dus in staat om hun gedrag te veranderen, en zijn begaan met hun gezondheid, maar wanneer ontwenningsverschijnselen de kop opsteken, verdwijnt deze rationaliteit in zoverre geen steriel materiaal aanwezig is.

Wat betreft het riskant seksueel gedrag zijn de resultaten niet zo optimistisch. Er werd geen verschil in seksueel risicogedrag vastgesteld tussen de voor- en de nameting. In de lijn van talrijke buitenlandse onderzoeken is deze vorm van risicogedrag veel moeilijker te beïnvloeden. De seksuele gedragingen waardoor HIV-infectie wordt doorgegeven zijn uitermate persoonlijk. het gaat hier om intieme handelingen die buiten het bereik vallen van enige controle van de overheid. Bovendien spelen sociale beïnvloedingsfactoren een belangrijke rol. Daarom wijzen verschillende auteurs op het belang van het betrekken van peergroepen om het seksuele gedrag te veranderen (Des Jarlais & Friedman, 1990). Tijdens de permanenties werden wel groepsgesprekken gehouden over riskant seksueel gedrag, maar zes tot twaalf maanden is blijkbaar een te korte periode om zo'n diepgeworteld gedrag grondig te veranderen. Men kan moeilijk verwachten dat in die tijdsspanne bereikt kan worden wat niet mogelijk is door langduriger preventieve acties bij de doorsnee bevolking. Er is nood aan een grondige studie die zich uitsluitend toespitst op methodieken om seksueel risicogedrag bij drugsgebruikers te veranderen, zoals bijvoorbeeld het organiseren van sessiereeksen die kunnen worden gegeven door andere drugsgebruikers.

5.3. Vergelijking C: Proces-evaluatie in de residentiële groep

Uit de proces-evaluatie bleek dat de implementatie van de preventieve sessies op veel plaatsen voor problemen zorgde. Ondanks voorafgaande vergaderingen waarbij de verschillende deelnemende ontwenningsinstellingen werden geconsulteerd voor de concre-

te vormgeving van de sessies en de mogelijkheden tot uitvoering, was het in een aantal centra praktisch niet mogelijk om de sessies in het programma in te bouwen zoals was afgesproken. De sessies verschilden in aantal, duur, spreiding, en grootte van de groepjes. Ook op inhoudelijk vlak was er variatie tussen de instellingen.

Het gebrek aan eenvormigheid zou ten dele kunnen worden opgelost door zich te beperken tot eenzelfde soort van ontwenningscentrum, bijvoorbeeld enkel Therapeutische Gemeenschappen of enkel ontwenningsklinieken, zoals iemand van de staf van een centrum suggereerde.

Verder werd door de proces-evaluatie duidelijk dat door tijdsgebrek alles te vlug gegaan was. Zo merkte iemand op dat er nood was aan voldoende training van de personeelsleden van de instellingen die werden belast met de uitvoering van de sessies. Bovendien moet men er rekening mee houden dat een ontwenningsinstelling over het algemeen een volle agenda heeft, met vaste programma's voor alle dagen en op alle uren. Op vele plaatsen moest deze agenda worden aangepast aan de planning van de preventieve sessies. Dit had niet alleen repercussies voor de personeelsleden die de sessies organiseerden, maar ook voor alle andere personeel. Alle betrokkenen moesten zich aanpassen.

Het materiaal in verband met de informatiesessies, met name de video en het Aids-gezelschapsspel, werden over het algemeen positief beoordeeld. De informatie vond men soms te beknopt: er was vraag naar meer cijfermateriaal en statistieken en naar informatie rond opvang van seropositieven.

De risicoschattingsmethode werd eveneens positief geëvalueerd. Het gaf aanleiding tot reflectie over het eigen gedrag. Zo werd de theoretische informatie wat meer concreet.

Een andere tekortkoming was dat geen afspraken waren gemaakt over hoe men moest omgaan met ongeruste mensen. Wanneer sommigen zich ervan bewust werden dat

ze in het verleden risicogedrag hadden gesteld, bekroop hen een gevoel van paniek of bezorgdheid. Voor zulke situaties waren geen richtlijnen gegeven.

Meer problemen deden zich voor in verband met het condoompracticum. Dit stuitte op heel wat weerstand, niet alleen bij de bewoners, maar soms ook bij de sessieleiders. Dit was deels te wijten aan het feit dat de sessieleiders geen opleiding hadden gekregen om dit uit te voeren. Een andere reden was dat sommigen moeite hadden met de levensechte, en onrealistisch grote kunstpenis (het was nochtans de kleinste maat die men in seksshops kon vinden). Sommigen speelden handig in op de hilariteit die bij het te voorschijn halen van deze kunstpenis ontstond en braken zo de spanning die hing rond een onderwerp als seksualiteit en condoomgebruik. Anderen waren een beetje onwennig.

Inhoudelijk bleken er, zoals verwacht, heel wat vooroordelen rond condooms te bestaan. Daarnaast speelden ook conservatieve rolpatronen mee. Mannen vonden bijvoorbeeld dat het niet hoorde dat een vrouw condooms bij zich draagt.

Uit de proces-evaluatie kunnen we de volgende conclusies trekken:

- Aangezien de afname van de ASI^R voor de meesten een grote belasting betekende, kan dit beter van buitenaf gebeuren;
- Indien men eenvormige resultaten wenst te bekomen om een analyse van een dergelijk preventief programma te evalueren, moet men deze eenvormigheid stimuleren door te werken met eenzelfde soort van instellingen. Concrete afspraken over de implementatie van een preventief programma moeten nageleefd worden. Daarom moet op voorhand bekeken worden op welke (realistische) manier men dit kan inpassen in het bestaande programma van de hulpverleningsinstelling. Het meest ideale zou zijn wanneer dit permanent zou kunnen worden ingebouwd in de werking van de instelling, zodat de aanpassing slechts éénmaal moet gebeuren;
- De uitvoerders van een dergelijk programma moeten een degelijke training krijgen;
- De vormgeving van de sessies was goed, maar enkele aanpassingen zijn aangewezen: het koppelen van HIV/Aids aan andere SOA's, meer informatie rond statistieken en hulpverlening voor seropositieven, en richtlijnen om adequaat te reageren op uitingen van bezorgdheid van mensen die riskant gedrag hebben gesteld;

■ Het opzoeken van mensen die ontslagen zijn uit een ontwenningsinstelling zorgt voor problemen. Dit probleem is gekend bij dit soort van onderzoeken. Het is niet evident om mensen terug te vinden, vooral niet wanneer ze terug in hun oude milieu vertoeven. Het zijn juist de mensen die het moeilijkst terug te vinden zijn, die waarschijnlijk het meeste risicogedrag zullen stellen. Indien men een follow-up wil doen, is het in ieder geval nodig om iemand hiervoor vrij te stellen.

5.4. Kwalitatieve gegevens

Residentiële groep

Bij de meesten was de eerste drugsinjectie de eigen keuze. Voor meer dan één derde viel de ervaring om een drug te injecteren samen met de eerste ervaring van het gebruik van deze drug. Men was nieuwsgierig naar het effect, maar vaak speelden ook sociale factoren een belangrijke rol. Dit blijkt ook uit het feit dat men, op het moment van de eerste drugsinjectie, meer mensen kende die drugs injecteerden dan omgekeerd. Nochtans was bij één derde van de ondervraagden net het tegenovergestelde het geval.

Nadat de eerste nieuwsgierigheid is bevredigd, bleef men toch vaak nog verder drugs injecteren. Hierbij speelden weer sociale factoren de hoofdrol. Men wilde erbij horen. Een even belangrijke functie oefende hier ook het drugseffect uit: men wilde opnieuw die flash (heroïne) of die kick (amfetamines) beleven. Bovendien is het goedkoper om drugs te injecteren: men heeft minder van de drug nodig om hetzelfde effect te bekomen.

De meeste gevallen van riskant drugsgebruik kwamen voort uit de afwezigheid van steriele spuiten, gecombineerd met hevige ontwenningsverschijnselen. Toch vertelde nog meer dan één derde spuiten te hebben gedeeld omdat men er niet bij stilstond of gewoon omdat het hen niet interesseerde. Een behoorlijk aantal respondenten was op de hoogte over hoe men een spuit kan ontsmetten. Opvallend was wel dat men vaak verschillende methoden die men kende combineerde. De overgrote meerderheid die bleekwater of uitkoken als antwoord gaf, was afkomstig van Antwerpen, waar het COOL-project deze preventieboodschap succesvol heeft weten te verspreiden onder de drugsgebruikers.

Iets minder dan de helft vond vrijen met condooms minder leuk dan met. Desalniettemin hielden slechts weinigen consistent rekening met het besmettingsrisico bij hun seksuele contacten. Het seksuele risicogedrag lag erg hoog: men gebruikte niet alleen in vaste relaties geen condooms, maar meestal ook niet bij losse seksuele contacten.

Straatgroep

De spuitenruil is in zijn geheel goed verlopen. Er was geen nefaste invloed op het drugsgebruik, en het zette mensen er niet toe aan om te beginnen spuiten. Bovendien zorgde dit initiatief helemaal niet voor overlast.

Integendeel, de spuitenruil had een aantal positieve effecten. We hoopten dat het project een gunstige invloed zou hebben op het risicogedrag van drugsgebruikers. Dit was zeker het geval voor het riskant drugsgebruik, maar niet voor het riskant seksueel gedrag. Voor dit laatste hadden we gevreesd; in zovele studies is al aangetoond dat het zeer moeilijk is om een verandering in het seksuele gedrag van drugsgebruikers (en ook van andere mensen) te bewerkstelligen.

De spuitenruil had onverwacht ook een aantal bijkomende positieve nevenwerkingen. Zo verbeterde de algemene levenssituatie voor velen. Verder was er de invloed van een andere omgeving dan die ze gewoon waren, waardoor ze alle dingen die deel uitmaakten van hun leven in een ander perspectief zagen. Ook de sociale controle was een onverwacht gunstige neveneffect van dit project. Het werken met ex-drugsgebruikers en het actief betrekken van drugsgebruikers gaf een extra waarde aan dit alles.

Enkele belangrijke vaststellingen:

- Een spuitenruil kan ook in ons land zijn vruchten afwerpen. Het beïnvloedde het riskant drugsgebruik in positieve zin;
- De café-formule bood onverwacht een aantal bijkomende voordelen;
- Het betrekken van ex-drugsgebruikers als medewerkers werkte positief in op de drugsgebruikers, voor wie zij als rolmodel functioneerden;

- Het nauw betrekken van drugsgebruikers in het project had een gunstige invloed op zowel de drugsgebruikers die actief deelnamen als op de anderen die naar de permanenties kwamen.

SAMENVATTEND BESLUIT

Dit onderzoek werd opgestart met het doel te peilen naar het HIV-risicogedrag bij injecterende drugsgebruikers in Vlaanderen en om tevens een preventieve actie naar deze populatie toe te ontwikkelen, ten uitvoer te brengen en te evalueren.

In een eerste fase werd een grondige literatuurstudie uitgevoerd, waarin werd nagegaan wat voor soort van risicogedragingen injecterende drugsgebruikers in andere landen vertonen, en welke strategieën men daar hanteert om dit risicogedrag in gunstige zin te beïnvloeden.

De laatste jaren is in Europa het injecteren van drugs, via het gemeenschappelijk gebruik van spuiten en naalden, de meest voorkomende wijze van overdracht geworden voor het HIV. Bovendien vormen seksuele contacten met besmette drugsgebruikers een brug naar de 'gewone' bevolking.

Wanneer men aan Aidspreventie wil doen, is het niet voldoende om enkel informatie te verstrekken; bij risicogedrag spelen nog vele andere factoren mee dan enkel rationele overwegingen. Een niet te onderscheiden factor is de sociale invloed.

Het opzetten voor Aidspreventie-initiatieven voor drugsgebruikers kent extra hinderpalen, daar drugsgebruikers om diverse redenen een moeilijk te bereiken populatie zijn. Zelfs in de drugshulpverlening vindt men slechts een fractie van het totale aantal drugsgebruikers.

De drugsgebruikers die zich hebben laten opnemen in ontwenningsinstellingen kan men daar ook gemakkelijk bereiken. De opname op zich is reeds een vorm van Aidspreventie. Nochtans bewijzen statistieken dat slechts een zeer kleine minderheid daarna nooit meer drugs zal gebruiken. Het voordeel van een ontwenningscentrum is wel dat men intensieve programma's kan uitwerken, waarbij men niet alleen informatie en voorlichting verschaft, maar waar men tevens kan werken aan andere factoren die een invloed uitoefenen op het risicogedrag.

Omdat het grootste aantal drugsgebruikers niet zo eenvoudig te bereiken is, heeft men in verschillende landen in en buiten Europa 'outreach'-initiatieven ontwikkeld. Outreach kadert in de tendens om drugsgerelateerde problemen te benaderen vanuit de 'harm reduction'-filosofie. In vele landen begint men de laatste jaren in te zien dat het utopisch is om te streven naar een drugsvrije maatschappij. Dit heeft zijn implicaties voor de Aidspreventie, aangezien volledige ontwenning de meest efficiënte preventieve methode is voor de verspreiding van het HI-virus via het injecteren van drugs. Wanneer een drugsvrije samenleving niet kan, moet men proberen de schade ten gevolge van drugsgebruik (waaronder het gevaar op HIV-infectie) zoveel mogelijk te beperken.

Eén van de meest verspreide harm reduction-maatregelen in verband met Aidspreventie bij injecterende drugsgebruikers is de organisatie van een spuitenruil om injecterende drugsgebruikers ertoe aan te zetten om geen spuiten meer te delen met anderen.. In het buitenland hebben verschillende onderzoeken voldoende bewezen dat een dergelijke opzet het riskant drugsgebruik wel degelijk kan beïnvloeden.

Een grote moeilijkheid blijft evenwel de aanpassing van riskant seksueel gedrag. Terwijl een verhoogde beschikbaarheid van spuiten leidt tot een daling van het riskant drugsgebruik, heeft een uitdelen van condooms niet hetzelfde effect op het riskant seksueel gedrag. Tot nog toe is geen efficiënte methode bekend om het riskant seksueel gedrag te beïnvloeden.

Uitgaande van de literatuurstudie, werd in het kader van dit onderzoek een preventief plan ontwikkeld. Het actie-onderzoek richtte zich tot twee populaties van drugsgebruikers. Enerzijds was er de residentiële groep, bestaande uit drugsgebruikers die op het moment van het onderzoek verbleven in een ontwenningscentrum. Anderzijds vonden we het ook belangrijk om de grootste groep van drugsgebruikers, namelijk diegenen die zelden of nooit in contact komen met de drugshulpverlening, te bereiken. Daarom ontwikkelden we een preventieve actie die gericht was op de straatgroep, bestaande uit drugsgebruikers die op het moment van het onderzoek niet in contact stonden met de drugshulpverlening.

Het onderzoeksdesign bestond uit een voormeting, een preventieve fase, en een nameting. De preventieve fase was voor beide groepen verschillend. In de straatgroep organiseerden we een pilootproject rond spuitenruil in het Antwerpse. In de residentiële centra werden een aantal preventieve sessies georganiseerd, waarbij niet enkel informatie werd verstrekt, maar waar ook werd gewerkt met een video, discussie, een Aidsspel met rollenspelen, een condoompraticum, en een sessie rond terugval.

We vergeleken de twee populaties wat betreft de voormeting (vergelijking A). Verder wilden we nagaan in hoeverre de preventieve fase een invloed had uitgeoefend op het risicogedrag van beide groepen (vergelijking B en C). Daar het handelde over twee verschillende doelgroepen die blootgesteld waren aan twee verschillende preventieve acties, is het nooit de bedoeling geweest om de populaties wat betreft de nameting te vergelijken.

De twee doelgroepen waren erg vergelijkbaar voor een groot aantal variabelen. We sommen hier de belangrijkste verschillen op. De residentiële groep had significant meer ervaring met de drugshulpverlening; zij hadden ook al meer op eigen initiatief proberen te ontwennen. De algemene levenssituatie van de residentiële groep was op een heel aantal gebieden significant problematischer dan voor de straatgroep. Wat betreft het risicogedrag waren beide populaties, zowel op het vlak van drugsgebruik als op het seksuele vlak, vergelijkbaar.

Zoals verwacht, had deelname aan de spuitenruil een significant positief effect op het riskant drugsgebruik, maar niet op het riskant seksueel gedrag. De spuitenruil had daarnaast ook een significant gunstige invloed op het vlak van drugsproblemen en van sociale problemen. Bovendien daalde de gebruiksfrequentie van heroïne en amfetamines significant.

Omwille van een aantal organisatorische en praktische redenen, kon in de residentiële groep geen nameting worden uitgevoerd. Deze werd vervangen door een procesevaluatie. Hieruit bleek dat de implementatie van de preventieve sessies op heel wat plaatsen voor problemen heeft gezorgd. De sessies werden niet eenvormig gehouden,

noch op vormelijk, noch op inhoudelijk gebied. De analyse van de specifieke moeilijkheden waarmee men te kampen had, leverde een aantal praktische suggesties op.

Uit dit onderzoek blijkt dat preventie van riskant drugsgebruik en riskant seksueel gedrag bij injecterende drugsgebruikers erg noodzakelijk is. Hoewel het riskant injecteergedrag de laatste jaren sterk is afgenomen, valt het toch nog vaak voor dat in bepaalde situaties grote risico's worden genomen. Het veranderen van riskant seksueel gedrag blijft een moeilijke opgave.

Men kan in de eerste plaats aan HIV-preventie bij injecterende drugsgebruikers doen door in ontwenningsinstellingen een vaste plaats toe te bedelen aan preventieve sessies, uitgevoerd door mensen die hiervoor zijn opgeleid. Het is hierbij van belang om de problematiek op verschillende wijzen te benaderen; enkel informatie verschaffen is zeker niet voldoende. Een zeer belangrijke aanvulling op het informatieve kan de individuele risicoschatting van Wiebel zijn. Maar ook meer praktische sessies zijn nodig, zoals bijvoorbeeld het condoompracticum.

De resultaten van deze pilootstudie rond spuitenruil bevestigt dat er nood is aan een dergelijk initiatief op een meer permanente basis en verspreid over heel Vlaanderen. Bij de straatgroep kon het riskant injecteergedrag op korte tijd significant gunstig beinvloed worden. Het was niet mogelijk om op korte termijn een gedragsverandering op seksueel gebied vast te stellen, maar indien een permanente structuur voor spuitenruil zou worden gekoppeld aan straathoekwerk en (ex-)drugsgebruikers hierbij zouden worden ingeschakeld, bestaat de kans dat door sociale mechanismen het seksueel risicogedrag van drugsgebruikers op lange termijn in gunstige zin zou kunnen worden veranderd.

III. REFERENTIES

- Abdul-Quader, A.S., Des Jarlais, D.C., Tross, S., McCoy, E., Morales, G., Velez, I., Outreach to injecting drug users and female sexual partners of drug users on the Lower East Side of New York City. British Journal of Addiction, 1992(87), 681-688.

- Alcabes, P., Vlahov, D., Anthony, J.C., Correlates of human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users: are treatment-program samples misleading ? British Journal of Addiction, 1992(87), 47-54.

- Anthony, J.C., Vlahov, D., Nelson, K.E., Cohn, S., Astemborski, J., Solomon, L., New evidence on intravenous cocaine use and the risk of infection with the human immunodeficiency virus type 1. American Journal of Epidemiology, 1991(134), 1175-1189.

- Atkinson, J.W., Birch, D., The dynamics of action. New York: Wiley, 1970.

- Ball, J., Ross, A., The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York: Springer Verlag, 1991.

- Bandura, A., Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977(84), 191-215.

- Bandura, A., Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1986.

- Barnard, M.A., Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks. British Journal of Addiction, 1993(88), 805-812.

- Batki, S.L., London, J., Drug abuse treatment for HIV-infected patients. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. London, New York: The Guilford Press, 1991, 77-98.

- Battjes, R.J., Leukefeld, C.G., Amsel, Z., Community prevention efforts to reduce the spread of Aids associated with intravenous drug abuse. In: C.G. Leukefeld, R.J. Battjes, Z. Amsel (Eds.), AIDS and intravenous drug abuse. Community intervention and prevention. New York, Washington, Philadelphia, London: Hemisphere Publishing Corporation, 1990.

- Battjes, R.J., Pickens, R.W., Amsel, Z., HIV infection and AIDS risk behaviors among intravenous drug users entering methadone treatment in selected U.S. cities. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome, 1991(4), 1148-1154.

- Battjes, R.J., Leukefeld, C.G., Pickens, R.W., Age at first injection and HIV risk among intravenous drug users. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1992(18), 3, 263-273.

- Becker, H.S., Becoming a marijuana user. American Journal of Sociology, 1953(59), 235-242.

- Beckeringh, A., de Haes, W., Kooyman, M., Lokaal beleid ten aanzien van AIDS en druggebruik. Verslag van de studiedag te Rotterdam, 4 april 1986.

- Belcastro, P.A., Nicholson, T., Chemical forplay among black and white students. Journal of Drug Education, 1982(12), 373-383.

- Berger, P., Luckmann, T. (Eds.), The social construction of reality: a treatise in the sociology of knowledge. New York: Doubleday, 1966.

- Berridge, V., Harm minimisation and public health: an historical perspective. In: N., Heather, A., Wodak, E., Nadelmann, P., O'Hare (Eds.), Psychoactive drugs & harm reduction. From faith to science. London: Whurr Publishers, 1993, 55-64.

- Bolton, K., Walling, A., User to user. Druglink, 1993(8), 6, 14-15.

- Boutemans, E., Luyten, D. Drugs. Recht en welzijn. Antwerpen: Kluwer Rechtswetenschappen-Van Loghum Slaterus, 1981, 128-132.

- Bowser, B.P., Crack and AIDS: an ethnographic impression. Journal of the National Medical Association, 1989(81), 538-540.

- Broothaerts, J.P., Het motivationeel interview. Psylos, 1993, 4, 39-50.

- Buffum, J., Substance abuse and high risk sexual behavior: Drugs and sex - the dark side. Journal of Psychoactive Drugs, 1988(20), 165-168.

- Buning, E.C., Countinho, R., Preventing AIDS in Amsterdam. Lancet, 1986, 1, 1435.

- Buning, E.C., De GG & GD en het drugprobleem in cijfers, III. Amsterdam: GG & GD, 1988.

- Buning, E., Des Jarlais, D.C., Promoting safer sex among intravenous drug users. In: M. Paalman (Ed.), Promoting safer sex: prevention of sexual transmissions of AIDS and other STD's. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1990, 131-142.

- Buning, E.C., van Brussel, G., van Santen, G., The "methadone by bus" project in Amsterdam. British Journal of Addiction, 1990b(85), 1247-1250.

- Buning, E., van Brussel, G., van Santen, G., The impact of harm reduction drug policy on AIDS prevention in Amsterdam. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug related harm. London, New York: Routledge, 1992, 30-38.

- Buning, E., The role of harm-reduction programs in curbing the spread of HIV by drug injectors. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 153-161.

- Buning, E.C., Outreach work with drug users: an overview. Presentation at Symposium on outreach work. Bergen, Norway, 22-24 February 1993.

- Buning, E., Verveen, J., Zeilstra, J., Harm reduction: everybody's business. Programme and abstract book of the Fourth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Rotterdam, 14-18 March 1993.

- Buning, E., Methadone in Europe. Presentation at the Fourth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm. Rotterdam, 14-18 March 1993.

- Calsyn, D.A., Saxon, A.J., Freeman, G., Correlates of HIV risk reduction among IVDU's. Poster presented at the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990.

- Campbell, C., Women and AIDS. Social Science and Medicine, 1990(30), 4, 407-415.

- Casselman, J., Todts, S., AIDS among drug users in Belgium. Report, March 1992.

- Casselman, J., Druggebruik en AIDS. Acta Medica Catholica, 1993(62), 4, 239-244.

- Catania, J.A., Kegeles, S., Coates, T.J., Toward an understanding of risk behavior: an AIDS-Risk Reduction Model. Health Education Quarterly, 1990(17), 53-92.

- Chaisson, R., Moss, A., Oninshi, R., Osmond, D., Carlson, J., Human immunodeficiency virus infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco. American Journal of Public Health, 1987(77), 2, 169-172.

- Chaisson, R.E., Bacchetti, P., Osmond, D., Brodie, B., Sande, M.A., Moss, A.R., Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. Journal of the American Medical Association, 1989(263), 851-855.

- Chaturvedi, S.K., Does fear disuade intravenous drug abuse ? Letter to the Editor. British Journal of Addiction, 1987(82), 1, 101.

- Cheal, D., The gift economy. London: Routledge, 1988.

- Chitwood, D.D., Comerford, M., Drugs, sex and AIDS risk. American Behavioral Scientist, 1990(33), 4, 465-477.

- Chitwood, D.D., Mc Coy, C.B., Inciardi, J.A., HIV seropositivity of needles from shooting galleries in Souther Florida. American Journal of Public Health, 1990(80), 150-152.

- Choi, K.H., Wermuth, L.A., Unsafe sex and behaviour change. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. London, New York: The Guilford Press, 1991, 43-61.

- Coates, T.J., Stall, R., Kegeles, S.M., Lo, B., Marin, S.F., McKusick, L., AIDS antibody testing: will it stop the AIDS epidemic, will it help people infected with HIV ? American Psychologist, 1988(43), 859-864.

- Cohen, S., Some speculations about AIDS and drugs. Drug Abuse and Alcoholism Newsletter, 1985(9), 10-12.

- Cohen, J.B., Hauer, L.B., Wofsy, C.B., Women and intravenous drugs: parenteral and heterosexual transmission of human deficiency virus. Journal of Drug Issues, 1989(19), 39-56.

- Cowan, F.M., Flegg, P.J., Brettle, R.P., Heterosexually acquired HIV infection. Letter. British Medical Journal, 1989(298), 891.

- Cupitt, C., Mulleady, G., Philips, K., White, D., Barriers to safer sex. Why condom availability doesn't lead to safer sex. Druglink, 1992, 2, 13.

- Darrow, W.W., Prostitution and sexually transmitted diseases. In: K.K. Holmes, P.-A. Mardh, P.E. Sparling, P.J. Wiesner (Eds.), Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill, 1984, 85-104.

- Darrow, W., Prostitution, intravenous drug use, and HIV-1 in the United States. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 18-40.

- Davidson, R., Prochaska and Di Clemente's model of change: a case study ? British Journal of Addiction, 1992a(87), 821-822.

- Davidson, R., The Prochaska and Di Clemente model: reply to the debate. Letter. British Journal of Addiction, 1992b(87), 833-835.

- Day, S., Ward, H., The Praed Street Project: a cohort of prostitute women in London. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 61-75.

- deAlarcon, R., The spread of heroin abuse in a community. Bulletin on Narcotics, 1969(12), 17-22.

- De Jong, W.M., AIDS and drugs in the Netherlands from the perspective of AIDS prevention. Paper presented at the 4th European Consultation on Public Education and AIDS prevention. Bad Honnef, 10-12 October 1990.

- De Jong, W.M., Policy on AIDS and drug users: the state of affairs in The Netherlands. Health Promotion International, 1991(6), 4, 257-261.

- Delfraissy, J., Pons, J.C., Sereni, D., Chambrin, V., Meyer, D., Engelman, P., Papiernik, E., Henrion, R., Does pregnancy influence disease progression in HIV positive women. Presentation on the Fifth International Conference on AIDS, Montréal, Canada, June 1989.

- Demey, R., Mentens, L., Condooms kopen en verkopen: een markt als (g)een ander. Hera, 1991, 3, 5-9.

- Denissen, K., van Bilsen, H., Motivationele Milieu Therapie. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1986(13), 3, 128-138.

- Des Jarlais, D., Friedman, S., Hopkins, W., Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users. Am. Intern. Med., 1985, 103, 755-759.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Strug, D., AIDS among intravenous drug users: a sociocultural perspective. In D.A. Feldman & T.M. Johnson (Eds.), Social dimensions of AIDS: method and theory. New York: Praeger, 1986a.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Strug, D., AIDS and needle sharing within the IV-drug use subculture. In: D.A. Feldman & T.M. Johnson (Eds.), Social dimensions of AIDS: method and theory. New York: Praeger, 1986b.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Casriel, C., Kott, A., AIDS and preventing initiation into intravenous (IV) drug use. Psychology and Health, 1987(1), 2, 179-194.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction. AIDS, 1987(1), 1, 67-76.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Stoneburner, R., HIV infection and intravenous drug use: critical issues in transmission dynamics, infection outcomes, and prevention. Review of Infectious Disorders, 1988(10), 151-159.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., The epidemic of HIV infection among injecting drug users in New York City. The first decade and possible future directions. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. London, New York: Routledge, 1990, 86-94.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., AIDS and legal access to sterile drug injection equipment. Annals of the American Academy of Political and Social Science, May 1992(521), 42-65.

- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., AIDS, injecting drug use and harm reduction. In: N., Heather, A., Wodak, E., Nadelmann, P., O'Hare (Eds.), Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science. London: Whurr Publishers, 1993, 297-309.

- Deven, F., Wel bekend, toch niet bemind. Hera, 1991, 3, 3-4.

- de Wit, J.B.F., Kok, G.J., Timmermans, C.A.M., Wijnsma, P., Determinanten van veilig vrijen en condoomgebruik bij jongeren. Gedrag & Gezondheid, 1990(18), 3, 121-133.

- Dingelstad, A., Aidsvoorlichting aan sexuele partners van druggebruikers. Utrecht: NIDA, 1993.

- Dolan, K.A., Donoghoe, M.C., Jones, S., Stimson, G.V., A cohort study of clients at four syringe exchange schemes and comparison groups of injectors. London: Monitoring Research Group, Centre for Research on Drugs and Health Behaviour, Charing Cross and Westminster Medical School, 1990.

- Donahoe, R.M., Bueso-Ramos, C., Donahoe, F., Madden, J.J., Falek, A., Mechanistic implications of the finding that opiates and other drugs of abuse moderate T-cell surface receptors and antigenic markers. Ann. NY Acad. Sci., 1987(496), 711-721.

- Donahoe, R.M., Bueso-Ramos, C., Falek, A., Nicholson, J.K.A., Comparative effects of morphine on leukocytic antigenic markers of monkeys and humans. Journal on Neuroscience Research, 1988 (19), 157-165.

- Donoghoe, M.C., Stimson, G.V., Dolan, K., Sexual behaviour of injecting drug users and associated risks of HIV infection. AIDS Care, 1989(1), 51-58.

- Donoghoe, M.C., Syringe exchange: has it worked ? Druglink, 1991(1), 8-11.

- Donoghoe, M., Stimson, G.V., Encourage passing on sterile syringes. Letter. Druglink, 1992, 1, 17.

- Donoghoe, M.C., Sex, HIV and the injecting drug user. British Journal of Addiction, 1992(87), 405-416.

- Donoghoe, M.C., Dolan, K.A., Stimson, V.G., Life-style factors and social circumstances of syringe sharing in injecting drug users, British Journal of Addiction, 1992(87), 993-1003.

- Dorn, N., South, N., Communications, education, drugs and HIV. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 162-173.

- Dusserre, O., Radios locales et prévention: réflections sur la communication à partir d'une campagne de prévention et la délinquance. Rétrovirus, 1991(4), 9, 55-57.

- Fishbein, M., Azjen, I., Belief, attitude, intention, and behaviour, an introduction to theory and research. Reading, Massachussets: Addison Wesley, 1975.

- Francis, D.P., Chin, J., The prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States. Journal of the American Medical Association, 1987(257), 10, 1357-1366.

- Frank, B., Galea, J., Simeone, R. (Eds.). Drug use trends in New York City December 1990. New York: New York State Division of Substance Abuse Services, 1990.

- Friedman, S.R., Des Jarlais, D.C., Sotheran, J.L., AIDS health education for intravenous drug users. Health Education Quarterly, 1986(13), 383-393.

- Friedman, S.R., Des Jarlais, D.C., Sotheran, J.L., Garber, J., Cohen, H., Smith, D., AIDS and self-organisation among intravenous drug users. International Journal of the Addictions, 1987(22), 201-219.

- Friedman, S.R., Des Jarlais, D.C., Goldsmith, D.S., An overview of AIDS prevention efforts aimed at intravenous drug users circa 1987. The Journal of Drug Issues, 1989 (19), 1, 93-112.

- Friedman, S.R., Sterk, C., Sufian, M., Des Jarlais, D.C., Will bleach decontaminate needles during cocaine binges in shooting galleries ? Journal of the American Medical Association, 1989(262), 1467.

- Friedman, S.R., Sterk, C., Sufian, M., Des Jarlais, D.C., Stepherson, B., Reaching out to injecting drug users. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 174-185.

- Friedman, S.R., Neaigus, A., Des Jarlais, D.C., Sotheran, J.L., Woods, J., Sufian, M., Stepherson, B., Sterk, C., Social intervention against AIDS among injecting drug users. British Journal of Addiction, 1992(87), 3, 393-404.

- Frischer, M.J., Estimated prevalence of injecting drug use in Glasgow. British Journal of Addiction, 1991(86), 235-243.

- Fromberg, E., Current developments in the field of AIDS and drugs. Autodestruct syringes and needles, distribution systems for syringes and needles, community based prevention, and care initiatives. Utrecht: NIAD, 1993.

- Froner, G., Digging for diamonds: a lexicon of street slang for drugs and sex. San Fransisco: Health Outreach Team Productions, 1989.

- Fullilove, R., Fullilove, M., Golden, E., Bowser, B., Hulley, S., Drug use and sexual behaviors in a probability sample of single adults in 'high risk' neighbourhoods in San Francisco. Presentation on the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990 (abstract SD 123).

- Gibson, D.R., Catania, J.A., Peterson, J.L., Theoretical background. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preven-

ting AIDS in drug users and their sexual partners. New York, London: The Guilford Press, 1991, 62-74.

- Gibson, D.R., Catania, J.A., Peterson, J.L., Theoretical background. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. London, New York : The Guilford Press, 1991, 62-76.

- Gibson, D.R., Lovelle-Drache, J., Individual counseling. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York, London: The Guilford Press, 1991, 116-130.

- Gilman, M., Smack in the eye !. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug related harm. London, New York: Routledge, 137-145.

- Ginsberg, H., Intravenous drug users and the acquired immune deficiency syndrome. Public Health Report, 1984(99), 2, 206-212.

- Glanz, A., Byrne, C., Jackson, P., Role in community pharmacies in the prevention of AIDS among injecting drug users: findings of a survey in England and Wales. British Medical Journal, 1989(299), 1076-1079.

- Goldsmith, M.F., Sex tied to drugs = STD spread. Journal of the American Medical Association, 1988(260), 14, 2009.

- Goldstein, P. (Ed.), Prostitution and drugs. Lexington M.A.: Lexington Books, 1979.

- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Strang, J., Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. British Journal of Addiction, 1992(87), 1527-1536.

- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Strang, J., Severity of heroin dependence and HIV risk. I. Sexual behaviour. AIDS Care, 1993(5), 2, 149-157.

- Gowler, K., Rayner, G., Local community services. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 186-196.

- Grieten, C., Todts, S., HIV-seropositiviteit en injekterend druggebruik. Resultaten van een zesmaandelijkse enquête in de drughulpverlening in Vlaanderen, 1988-1993. Brussel: Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, Antwerpen: Maatschappelijk Geneeskundig Research, 1994.

- Green, J., Counselling in pregnancy. In: J. Green & A. McCreaner (Eds.), Counselling in HIV infection and AIDS. Oxford: Blackwell Scientific, 1988.

- Grund, J.P.C., Kaplan, C.D., Adriaans, N.F.P., Harms, J., Heroin rituals. Observational protocol of endogenous and exogenous cues. Rotterdam: Addiction Research Institute, Medical and Health Science Faculty, Erasmus University Rotterdam, 1988.

- Grund, J.P.C., Kaplan, C.D., Adriaans, N.F.P., Needle sharing in the Netherlands : an etnographic analysis. Journal of Public Health, 1991(81), 12, 1602-1607.

- Grund, J.P.C., Adriaans, N.F.P., Kaplan, C.D., Changing cocaine smoking rituals in the Dutch heroin addict population. British Journal of Addiction, 1991b(86), 439-448.

- Grund, J.P.C., Stern, L.S., Kaplan, C.D., Adriaans, N.F.P., Drucker, E., Drug use contexts and HIV-consequences: the effect of drug policy on patterns of everyday drug use in Rotterdam and the Bronx. British Journal of Addiction, 1992(87), 3, 381-392.

- Grund, J.P.C., Blanken, P., Adriaans, N.F.P., Kaplan, C.D., Barendregt, C., Meeuwsen, M., Reaching the unreached: targetting hidden IDU population with clean needles via known users. Journal of Psychoactive Drugs, 1992(24), 1, 41-47.

- Haemmig, R.B., The streetcorner agency with shooting room (Fixerstübli). In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug-related harm. London, New York: Routledge, 1992, 181-185.

- Hall, W., Darke, S., Ross, M., Wodak, A., Patterns of drug use and risk-taking among injecting amphetamine and opioid drug users in Sydney, Australia. Addiction, 1993(88), 509-516.

- Hando, J., Hall, W., HIV risk-taking behaviour among amphetamine users in Sydney, Australia. Addiction, 1994(89), 79-85.

- Harcourt, C., Philpot, R., Female prostitutes, AIDS, drugs, and alcohol in New South Wales. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 132-158.

- Hartgers, C. Buning, E.C., van Santen, G.W. *et al.*, The impact of the needle and syringe exchange program in Amsterdam on injecting risk behaviour. AIDS, 1989, 3, 571-576.

- Hartnoll, R., Interventions sur le terrain et prévention du SIDA. Pratique et évaluation au Royaume Uni. Rétrovirus, 1990(3), 8, 219-222.

- Hartnoll, R., Research and the help-seeking process. British Journal of Addiction, 1992(87), 3, 429-437.

- Haverkos, H.W., Edelman, R., The epidemiology of acquired immunedeficiency syndrome among heterosexuals. Journal of the American Medical Association, 1988(260), 13, 1922-1929.

- Hawks, D., Impediments to the global adoption of harm-reduction policies. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), Psychoactive drugs & harm reduction: from faith to science. London: Whurr Publishers, 1993, 93-102.

- Heather, N., Addictive disorders are essentially motivational problems. British Journal of Addiction, 1992(87), 828-830.

- Hedrich, D., Prostitution and AIDS risks among female drug users in Frankfurt. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 159-174.

- Hendriks, V., Van der Meer, C.W., Blanken, P., De Addiction Severity Index: ASI[R]. Handleiding bij training en afname. Rotterdam: Instituut voor VerslavingsOnderzoek (IVO), 1991.

- Herkt, D., Peer-based user groups: the Australian experience. In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), Psychoactive drugs and harm reduction. From faith to science. London: Whurr Publishers, 1993, 320-330.

- Hermann, W., The working of J.E.S. (Junkies, Ex-junkies, Substituted), structure, scope, and aims of the network. Presentation on the Fourth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- Hicks, D.R., Martin, L.S., Getchell, J.P., Heath, J.L., Francis, D.P., McDoughal, J.S., Curran, J.W., Voeller, B., Inactivation of HTLV-III/LAV infected cultures of normal human lymphocytes by nonoxynol-9 in vitro. Lancet, 1985, 2, 1422-1423.

- Hite, S. (Ed.). The Hite report women and love: a cultural revolution in progress. London: Penguin, 1989.

- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S. (Eds.). Sex, risk and danger: AIDS education policy and young women's sexuality. London: the Tufnell Press, 1990a (WRAP paper 1).

- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S., Thomson, R. (Eds.). Don't die of ignorance'. I nearly died of embarrassment. Condoms in context. London: the Tufnell Press, 1990b (WRAP paper 2).

- Holland, J., User friendly by design: an evaluation of an innovative community drug service. Final Report to the King Edward's Hospital Fund for London. London: Birkbeck College, 1991.

- Holmberg, S.D., *et al.*, Biologic factors in the sexual transmission of human deficiency virus. Journal of Infectious Diseases, 1989(160), 116-125.

- Howard, J., Borges, P., Needle sharing in the Haight: some social and psychological functions. In: D.M. Smith, R. Gay (Eds.), It's so good, don't even try it once: heroin in perspective. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1972.

- Huang, K.H.C., Watters, J.K., Case, P., Predicting compliance with HIV risk reduction behaviors among heterosexual intravenous drug users: relative contributions of health beliefs and situational factors. Fifth International Conference on AIDS. Montreal, 1989.

- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Cavanaugh, E., Rachal, J.V., Ginzburg, H.M., Role of drug-abuse treatment in limiting the spread of AIDS. Review of Infectious Disorders, 10(2), 1988.

- Hudson, C.N., Sharp, F. (Eds.), AIDS and obstetrics and gynaecology. London: Royal College of obstetrics and gynaecology, 1988.

- Huizer, H., Analytical studies on illicit heroin: five-efficacy of volatolisation during heroin smoking. Pharmaceutisch Weekblad (Scientific Edition), 1987(9), 203-211.

- Iguchi, M.Y., Baxter, R., Platt, J.J., French, J., Kusher, M., Lidz, V., Bux, D., Rosen, M., Musikoff, H., Predictors of human immunodeficiency virus seropositivity among intravenous drug users not in treatment. Presentation at the Third Annual NADR Conference, October, Washington D.C., 1991.

- Inciardi, J.A., HIV, AIDS and IV drug use: some considerations. The Journal of Drug Issues, 1990(20), 181-194.

- Janis, I.L., Effect of fear arousal on attitude change: recent developments in theory and research. In: L. Berkowitz (Ed.), Advances in Experimental Social Psychology. Vol. 3. New York: Academic Press, 1967.

- Janz, N.K., Becker, M.H., The Health Belief Model: a decade later. Health Education Quarterly, 11, 1-47.

-Joseph, S.C., Current issues concerning AIDS in New York City. NY State J. Med., 1988(88), 5, 253-258.

- Kane, S., HIV, heroin and heterosexual relations. Social Science and Medicine, 1991(32), 1037-1050.

- Kaplan, C., Les investigations ethnographiques. Rétrovirus, 1990(3), 8, 199-202.

- Karon, J., Dondero, T., HIV prevalence estimates and AIDS case projections for the United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 1990(39), RR-16, 1-31.

- Kelly, L. (Ed.). Surviving sexual violence. Cambridge: Polity Press, 1988.

- Kent, V., Davies, M., Deverell, K., Gottesman, S., Social interaction routines in heterosexual encounters: prelude to first intercourse. Presentation on the Fourth Conference on Social Aspects of AIDS, London, April 1990.

- Kinnell, H., Exchanges reduce sharing. letter. Druglink, 1992, 1, 17.

- Klee, H., Faugier, J., Hayes, C., Boulton, T., Morris, J., Sexual partners of injecting drug users: the risk of HIV infection. British Journal of Addiction, 1990(85), 413-418.

- Klee, H., Faugier, J., Hayes, C., Boulton, T., Morris, J., The syringe exchange sharers. Druglink, 1991, 5, 10-11.

- Klee, H., Criteria needed for 'secondary distribution'. Letter. Druglink, 1992, 1, 17.

- Koester, S., Boder, R., Wiebel, W.W., The risk of HIV transmission from sharing water, drug-mixing containers and cotton filters among intravenous drug users. International Journal on Drug Policy, 1990(1), 6, 28-30.

- Kok, G.J., Gezondheidsmotivering: GVO als wetenschapsgebied. Gezondheid & Samenleving, 1986(7), 2, 58-68.

- Kok, G.J., Oostveen, T., Modellen ter verklaring van gezondheidsgedrag II. Recente ontwikkelingen van belang voor GVO. GVO Preventie, 1987(4), 225-233.

- Kok, G.J., De Vries, H., den Boer, D.J., Dijkstra, M., Gerards, F.M., Hospers, H.J., Mudde, A.N., De rol van eigen-effectiviteit bij de beïnvloeding van gezondheidsgedrag. In: A.P. Buunk, R., Van Kreveld, R., van der Vlist (Eds.), Toegepaste sociale psychologie, deel IV, 1990, 140-157.

- Kok, G.J., Sandfort, Th.G.M., AIDS-preventie, voorlichting en gedragsverandering. Nederlands Tijdschrift voor Psychologie, 1991, 46, 238-251.

- Kramer, T.H., Mosely, J.A., Rivera, A., Ottomanelli, G., Li, P.-W., Bihari, B., Condom knowledge, history of use, and attitudes among chemically addicted populations. Journal of Substance Abuse Treatment, 1991, 8, 241-246.

- Kreek, M.J., Immunological approaches to clinical issues in drug abuse. In: L.S. Harris (Ed.), Problems of drug dependence, 1988: Proceedings of the 49th Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence. National Institute on Drug Abuse: Research Monograph No. 90, 1989, 77-86.

- Lai, P.K., Takayama, H., Tamura, Y., Nonoyama, M., Activation of human immunodeficiency virus in human mycloid cells by cocaine-Poster presented at the VI International Conference on AIDS, San Francisco. (abstract no. S.A. 226).

- Lallemand, M., Voorstel tot wetswijziging van de wet van 24 februari 1921 betreffende het verhandelen van de giftstoffen, slaapmiddelen en verdovende middelen, ontsmettingsstoffen en antiseptica. Belgische Senaat, Buitengewone Zitting 1991-1992, 447-1, 9 juli 1992.

- Lancu, A., Biemond, R., Korf, D., Dr. Use Good, the making of a health magazine for drug users. Presentation at the Fourth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- Lange, W.R., Snyder, F.R., Lozovsky, D., HIV infection in Baltimore: antibody seroprevalence rates among parenteral drug abusing prostitutes. Maryland Medical Journal, 1987, 36, 757-761.

- Larrat, E.P., Zierler, S., Cocaine use and HIV disease. Journal of Psychoactive Drugs, 1993(25), 3, 207-221.

- Lart, R., Stimson, G., National survey of syringe exchange schemes in England. London: McGibbon & Key, 1989.

- Lens, W., Experimentele en theoretische motivatiepsychologie. Leuven: s.n., 1987.

- Leventhal, H., Changing attitudes and habits to reduce risk factors in chronic disease. American Journal of Cardiology, 1973(31), 571-580.

- Lewis, D.K., Watters, J.K., Sexual behaviour and sexual self identity in male bisexual and heterosexual IV drug users. Presentation on the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990 (abstract FC 762).

- Lodewijckx, E., Cliquet, R.L., De anticonceptie in Vlaanderen. Bevolking en Gezin, 1984(3), 283-307.

- Loimer, N., Opium-tea and prevalence of HIV-1 infection among intravenous drug users in Vienna, Austria, 1986-1991. Letter to the editor. British Journal of Addiction, 1992(87), 1078-1079.

- Longshore, D., AIDS education for drug users: existing research and new directions. The Journal of Drug Issues, 1992(22), 1, 1-16.

- Luce, J.G., Raiffa, H., Games and decisions. Wiley: New York, 1957.

- Magura, S., Grossman, J.I., Lipton, D.S., Siddiqi, Q., Shapiro, J. Marion, I., Amann, K., Determinants of needle sharing among intravenous drug users American Journal of Public Health, 1989a, 79, 459-462.

- Magura, S., Shapiro, J.L., Grossman, J.I., Lipton, D.S., Education/support groups for AIDS prevention with at-risk clients. Social Casework, 1989b, 10-20.

- Marks, J., Palombella, A., Newcombe, R., The smoking option. Druglink, 1991, 3, 10-11.

- Marmor, M., Des Jarlais, D., Friedman, S., Lyden, M., El-Sadr, W., The epidemic of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and suggestions for its control in drug abusers. Journal of Substance Abuse Treament, 1984, 1, 237-247.

- Martin, L.S., McDoughal, J.S., Oskoski, S.L., Disinfection and inactivation of the human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus. Journal of Infectious Disorders, 1985(152), 400-403.

- Matarazzo, J.D., Behavioral health and behavioral medicine: frontier for a new health psychology. American Psychologist, 1980(35), 807-817.

- Mateo, C., Isidro-bus:bus for the social integration of drug users and drug abusers in the region of Madrid. Presentation on the Fourth International Conference on the reduction on Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- Matot, J.P., Zombek, S., Place de la methadon dans le traîtement des toxicomanies aux opiacés: données actuelles de la littérature. Revue Médicale de Bruxelles, 1991, 12, 3-8.

- Matthews, L., Outreach work with female prostitutes in Liverpool. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 76-87.

- McDermott, P., Representations of drug users. Facts, myths and their role in harm reduction strategy. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug-related harm. London: Routledge, 1992, 195-201.

- McKeganey, N.P., Barnard, M.A., Watson, H., HIV related risk behaviour among a non-clinic sample of injecting drug users. British Journal of Addiction, 1989(84), 1481-1490.

- McKeganey, N.P., Barnard, M.A., A comparison of HIV related risk behaviour between a non-clinical sample of injecting drug users and attenders of a needle exchange scheme. Presentation at the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990 (abstract 3029).

- McKeganey, N.P., Barnard, M., Watson, H., HIV-related risk behaviour among injecting drug users. British Journal of Addiction, 1990(84), 1481-1490.

- McKeganey, N.P., Drug abuse in the community: needle sharing and the risks of HIV infection, in: S. Cunningham-Burley & N.P. McKeganey (Eds.), Readings in Medical Sociology. London: Routledge, 1990.

- McKeganey, N.P., Barnard, M. (Eds.), AIDS, drugs and sexual risk. Lives in the balance. Open University Press, Buckingham, 1992.

- Medley, G., Anderson, R., Cox, D., Incubation period of AIDS in patients effected via blood transfusion. Nature, 1987(328), 719-721.

- Mentens, L., Jongeren houden er niet van. Hera, 1991, 3, 12-15.

- Metzler, C.W., Noell, J., Biglan, A., The validation of a construct of high-risk sexual behavior in heterosexual adolescents. Journal of Adolescent Research, 1992(7), 2, 233-249.

- Michels, I.I., The development of contact centers run by junkies themselves. Presentation on the Fourth International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- Miller, H.G., Turner, C.F., Moses, L. (Eds.), AIDS: the second decade. Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

- Miller, W., Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, 1983(11), 147-172.

- Miller, W., Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychological Bulletin, 1985(98), 1, 84-107.

- Minkoff, H.L., Care of pregnant women infected with human deficiency virus. Journal of the American Medical Association, 1987(258), 2714-2717.

- Mirim, S.M., Meyer, R.E., Mendleson, J., Ellingboe, J., Opiate use and sexual dysfunction. American Journal of Psychiatry, 1980(137), 909-915.

- Mittag, H., AIDS prevention and sexual liberalisation in Great-Britain. Social Science and Medicine, 1991(32), 783-791.

- Mondanero, J., Strategies for AIDS prevention: motivating drug dependent women. Journal of Psychoactive Drugs, 1987, 143-149.

- Moore, S.M., Rosenthal, D.A., Australian adolescents' perception of health-related risks. Journal of Adolescent Research, 1992(7), 2, 177-192.

- Moore, D., Ethnography and illicit drug use: dispatches from an anthropologist in the "field". Addiction Research, 1993, 1, 11-25.

- Morrison, C.L., Ruben, S., Beeching, N., Contraceptive requirements and sexual HIV risk behavior of opiate dependent women. Presentation on The Fourth International Conference on the Reduction on Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- Moss, A.R., Control of HIV infection in injecting drug users in San Fransisco. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 77-85.

- Mugford, S., Harm reduction: does it lead where its proponents imagine ? In: N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), Psychoactive drugs & harm reduction. From faith to science. London: Whurr Publishers, 1993, 21-33.

- Mulleady, G., White, D., Philips, K., Cupitt, C., Reducing sexual transmission of HIV for injecting drug users: the challenge for counselling. Counselling Psychology Quarterly, 1990(3), 325-341.

- Newcombe, R., High time for harm reduction. Druglink, 1987(2), 1, 10-11.

- Newcombe, R., The reduction of drug-related harm. A conceptual framework for theory, practice and research In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug related harm. London, New York: Routledge, 1992, 1-14.

- Newmeyer, J.A., Why bleach ? Development of a strategy to combat HIV contagion among San Francisco intravenous drug users. In: R.J. Battjes & R.W. Pickens (Eds.), Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives. Washington, DC: NIDA Research Monograph 80, 1988, 151-159.

- Novick, D.M., Tregenza, G.S., Solinal, A., Newman, R.S., Ghodse, H.A., Thomas, H.S., T lymphocyte subsets in parenteral and non-parenteral heroin abusers in Britain. British Journal of Addiction, 1986(81), 679-683.

- O'Hare, P., A note on the concept of harm reduction. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug related harm. London, New York: Routledge, 1992, xiii-xvii.

- Oxford, J., Davidson's dilemma. British Journal of Addiction, 1992(87), 832-833.

- Padian, N., Shiboski, S., Jewell, N., The relative efficiency of female-to-male HIV sexual transmission. Poster presented at the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990.

- Pappas, L., Gaulard, J., Wintherhaler, S., Christen, P., Survey of female partners of male intravenous drug users in preparation for HIV-prevention campaign. Presentation at the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990 (abstract SC 750).

- Pascal, C.B., Intravenous drug abuse and AIDS transmission: federal and state laws regulating needle availability. In R.J. Battjes & R.W. Pickens (Eds.), Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives. Washington: National Institute on Drug Abuse, NIDA Research Monograph 80, 1988, 119-136.

- Peeters, R., Aids en druggebruik: de stand van zaken. V.A.D.-berichten, 1990, 3, 1-7.

- Piette, J., Mor, V., Fleishman, J., Patterns of survival with AIDS in the United States. Health Service Research, 1991(26), 1, 75-95.

- Plant, M., Sex work, alcohol, drugs, and AIDS. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 1-17.

- Power, R., Hartnoll, R., Daviaud, Drug injecting, AIDS, and risk behaviour: potential for change and intervention strategies. British Journal of Addiction, 1988(83), 649-654.

- Power, R., Drug use trends and HIV risk behaviour. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 67-76.

- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., The transtheoretical approach. Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Illinois: Dow-Jones-Irwin, 1984.

- Prochaska, J., Di Clemente, C., Norcross, J., In search of how people change: applications to addictive behaviors. American Psychologist, 1992a(47), 9, 1115-1123.

- Prochaska, J., Di Clemente, C.C., Velicor, W.F., Rossi, J.S., Criticism and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. British Journal of Addiction, 1992b(87), 825-829.

- Rabinow, P. (Ed.), Reflections on field work in Marocco. Berkeley: University of California Press, 1977.

- Resnick, L., Veren, K., Salahuddin, S.Z., Tondreau, S., Markham, P.D., Stability and inactivation of HTLV-III/LAV under clinical and laboratory environments. Journal of the American Medical Association, 1986(255), 14, 1887-1891.

- Rezza, G., Buning, E., De Andres Medina, R., Hausser, D., O'Hare, P., Power, R., Rota, M.C., HIV prevention strategies in injecting drug users. Final Report. (Assessing AIDS prevention; EC concerted action on assessment of AIDS/HIV prevention strategies). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et preventive, 1992.

- Rhodes, T., Holland, J., Hartnoll, R., Johnson, A., Jones, S., Reaching the hard to reach. Druglink, 1990, 6, 12-15.

- Rhodes, T., Holland, J., Hartnoll, R., Hard to reach or out of reach. An evaluation of an innovative model of HIV outreach health education. London: the Tufnell Press, 1991a.

- Rhodes, T., Holland, J., Hartnoll, R.L., Johnson, A., HIV outreach health education: national and international perspectives. A summary report to the Department of Health. London: Birbeck College, Drug Indicators Project, 1991b.

- Rhodes, T., Hartnoll, R., Johnson, A., Holland, J., Jones, S., Out of the agency and on to the streets: a review of HIV outreach health education in Europe and the United States. London: Institute for the Study of Drug Dependence, 1991c.

- Richards, D.A.J.(Ed.), A theory of reasons for action. Clarendon: Oxford, 1971.

- Richardson, D., AIDS education and women: sexual and reproductive issues. In: P. Aggleton, P. Davies, G. Hart (Eds.), AIDS: individual, cultural and policy dimensions. Brighton: Palmer Press, 1990.

- Robertson, J.R., Bucknall, A.B.V., Welsby, P.D.? Roberts, J.J.K., Inglis, J.M., Peutherer, J.F., Brettle, R.P., Epidemic of AIDS related virus (HTLV III/LAV) infection among intravenous drug abusers. British Medical Journal, 1986(292), 527-529.

- Robertson, J.R., Skidmore, C.A., Heterosexually acquired HIV infection Letter. British Medical Journal, 1989(298), 891.

- Ronis, D.L., Harel, Y., Health beliefs and breast examination behaviors: analyses of linear structural relations. Psychology and Health, 1989(3), 259-285.

- Rosenbaum, M. (Ed.), Women on heroin. New Brunswick: Rutgers University Press, 1981.

- Rosenberg, M.J., Weiner, J.M., Prostitutes and AIDS: a health department priority. American Journal of Public Health, 1988(78), 418-423.

- Rosenstock, I.M., Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966(44), 94-124.

- Rotter, J.B., Generalized expectations for internal versus external control of reinforcements. Psychological Monograph, 1966, 80.

- Rounsaville, B.J., Kleber, H.D., Comparison of opiate addicts' reports of psychiatric history with reports of significant - other informants. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1981(8), 51-69.

- Rua-Figueroa, M., Aguilar, M., Estebanez, P., Fitch, K., Andrade, V., HIV risk factors: differences between male and female injecting drug users in Spain. VIII International Conference on AIDS III STD World Congress. Amsterdam, 1992 (Po 4254).

- Samuels, J.F., Vlahov, D., Anthony, J.C., Chaisson, R.E., Measurement of HIV risk behaviour among intravenous drug users. British Journal of Addiction, 1992(87), 3, 417-428.

- Schippers, G., van Emst, A., van Bilsen, H., Motivatie en probleemdrinken. Directieve Therapie, 1988(8), 2, 135-148.

- Schoenbaum, E.E., Hontel, D., Selwyn, P.A., Klein, R.S., Davenny, K., Rogers, M., Feiner, C., Friedland, B., Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. New England Journal of Medicine, 1989(261), 13, 868-879.

- Schoenbaum, E.E., Davenny, K., Selwyn, P.A., Hartel, D., Rogers, M., The effect of pregnancy on progression of HIV-related disease. Presentation on the Fifth International Conference on AIDS, Montréal, Canada, June 1989.

- Schwartz, S.H., Normative influences on altruism. In: L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology. Vol. 10, New York: Academic Press, 1977, 222-279.

- Shapshak, P., McCoy, C.B., Rivers, J.E., Chitwood, D.D., Mash, D.C., Weatherby, N.L., Inciardi, J.A., Shah, S.M., Brown, B.S., Inactivation of Human Immunodeficiency Virus-1 at short time intervals using undiluted bleach Letter to the editor. Journal of the Acquired Immunodeficiency Syndrome, 1993, 6, 218-219.

- Sorensen, J.L., Gibson, D.R., Heitzman, C., Calvillo, A., Dumonet, R., Morales, E., Acampora, A., Pilot trial of small group AIDS education with IV drug abusers. In: L.S. Harris (Ed.), Problems of drug dependence. Washington, DC: NIDA Research Monograph Series No. 90, 1989, 60.

- Sorensen, J.L., Preventing AIDS for change in white male intravenous drug users. In: C.G. Leukefeld, R.J. Battjes, Z. Amsel (Eds.), AIDS and intravenous drug use: community interventions and preventions. New York, Washington, London: Hemisphere Publishing Corporation, 1990, pp. 83-108.

- Sorensen, J.L., Heitzman, C., Guydish, J.R., Community psychology, drug use, and AIDS. Journal of Community Psychology, 1990(18), 347-353.

- Sorensen, J.L., Introduction: the AIDS-drug connection. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York, London: The Guilford Press, 1991, 3-17.

- Sorensen, J.L., London, J., Morales, E.S., Group counseling to prevent AIDS. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York, London: The Guilford Press, 1991, 99-115.

- Sorensen, J.L., Guydish, J.R., Adopting effective interventions. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York, London: The Guilford Press, 1991, 153-167.

- Stall, R., The prevention of HIV infection associated with drug and alcohol use during sexual activity. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 1987(7), 73-88.

- Stall, R., Ostrow, D.G., Intravenous drug use, the combination of drugs and sexual activity and HIV infection among gay and bisexual men: the San Fransisco Men's Health Study. The Journal of Drug Issues, 1989(19), 1, 57-73.

- Stall, R., Leigh, B., Understanding the relationship between drug or alcohol use and high risk sexual activity for HIV transmission: where do we go from here ? Addiction, 1994(89), 131-134.

- Sterk, C., Cocaine and HIV seropositivity. Letter. British Journal of Addiction, 1987, 4, 4.

- Stern, S., Tricks of the trade. Reducing the risks for sex workers. Rotterdam: DV8 Research, Training & Development, 1991.

- Stimson, G., Alldritt, L., Dolan, K., *et al.*, Injecting equipment exchange schemes: final report. London: University of London Goldsmiths' College, 1988.

- Stimson, G.V., Dolan, K., Donoghoe, M., *et al.*, The pilot syringe exchange project in England and Scotland: a summary of the evaluation. British Journal of Addiction, 1989(84), 1283-1284.

- Stimson, G.V., Donoghoe, M.C., Lart, R., Dolan, K., Distributing sterile needles and syringes to people who inject drugs: the syringe-exchange experiment. In: J. Strang & G.V. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, New York: Routledge, 1990, 222-231.

- Stimson, G.V., AIDS and HIV: The challenge for British drug services. British Journal of Addiction, 1990(85), 329-339.

- Stimson, G.V., Power, R., Assessing AIDS prevention for injecting drug users; some methodological considerations. British Journal of Addiction, 1992(87), 3, 455-465.

- Stimson, G.V., Public health and health behaviour in the prevention of HIV infection. In P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug-related harm. London, New York: Routledge, 1992, 39-48.

- Stockwell, T., Models of change: heavenly bodies and weltanschauungs. British Journal of Addiction, 1992b(87), 830-832.

- Stoneburner, R., Chaisson, M.A., Weifuse, I., Thomas, P.A., The epidemic of AIDS and HIV-1 infection among heterosexuals in New York City. AIDS, 1990(4), 99-106.

- Stöver, H., Slot machines and exchange programmes: an important HIV preventive measure. International Working Group on AIDS and IV Drug Use Newsletter, 1989(4), 3, 12-13.

- Stöver, H., Schuller, K., Vergabe von Sterilem Spritzbesteck an Drogenabhängige. Bremen: Universität Bremen, 1991.

- Stöver, H., Schuller, K., AIDS prevention with injecting drug uers in the former West Germany. A user-friendly appraoch on a municipal level. In: P.A. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E. Drucker (Eds.), The reduction of drug-related harm. London, New York: Routledge, 1992, 186-194.

- Strang, J., The roles of prescribing. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse . London, New York: Routledge, 1990, 142-152.

- Strang, J., Stimson, G.V., Des Jarlais, D.C., What is AIDS doing to the drug research agenda ? Editorial. British Journal of Addiction, 1992(87), 343-346.

- Strang, J., Des Jarlais, D.C., Grifftihs, P., Gossop, P., The study of transitions in the route of drug use: the route from one route to another. British Journal of Addiction, 1992(87), 473-483.

- Strang, J., Drug use and harm reduction: responding to the challenge. In: N. Heather, A. Wodak, E.A. Nadelmann, P. O'Hare (Eds.), Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science. London: Whurr Publishers, 1993, 3-20.

- Tempesta, E., Scambiatori-distributori di siringhe nuove contro usate. Esperienze nella distribuzione automatica di siringhe dal 1981. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore, 1994.

- Temple, M., Leigh, B., Unsafe sexual behavior and alcohol use at the event level: results of a national survey. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1993(6), 393-401.

- Thomas, R.M., AIDS risks, alcohol, drugs, and the sex industry: a Scottish study. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 88-108.

- Todts, S., Risicogedrag bij injecterende druggebruikers in Vlaanderen. Resultaten van een seroprevalentie- en gedragsonderzoek bij 200 Vlaamse injecterende druggebruikers. Antwerpen: Free Clinic, 1990.

- Van Avermaet, E., Vraagstukken uit de sociale psychology. Sociale perceptie en sociale cognitie. Leuven: s.n., 1990.

- van Bilsen, H., Valkuilen voor de therapeut: verslavingsproblemen. Tijdschrift voor Psychotherapie, 1985(11), 3, 192-195.

- van de Anker, J.N., Sauer, P.J.J., Drug abuse and pregnancy: who pays the bill ? Presentation on The Fourth International Conference on the reduction of Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- van den Hoek, J.A.R., van Haasdrecht, H.J.A., Coutinho, R.A., Heterosexual behavior of intravenous drug users in Amsterdam: implications for the AIDS epidemic. In: J.A.R. van den Hoek (Ed.), Epidemiology of HIV infection among drug users in Amsterdam.(academisch proefschrift). Amsterdam: Rodopi, 1990, 43-57.

- Van Deun, P., Hulpverlening aan drugverslaafden. Van verscheidenheid naar continuiteit. V.A.D.-Berichten, 1993, 4, 1-6.

- Van Gelder, P., Van Roekel, A. (Eds.), Baltsen en balen. Rotterdam: Public Health Department/ Amsterdam: the A. de Graaf Foundation, 1989.

- Vanichseni, S., Wongsuwan, B., Choopanya, K., A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: implications for prevention of HIV. International Journal of the Addictions, 1991(26), 12, 1313-1320.

- Van Rooijen, P., Individuele besluitvorming rond het testen op antistoffen tegen HIV. Maandblad Geestelijke Gezondheid, 1989(44), 800-811.

- Vaysette, J., Le point de vue des pharmaciens d'officine. Rétrovirus, 1989(2), 3, 52-54.

- Venema, P.U., Visser, J., Safer prostitution: a new approach in Holland. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 41-60.

- Vlahov, D., Polk, B.F., Perspectives on infection with HIV-1 among intravenous drug users. Psychofarmacology Bulletin, 1988, 24, 325-329.

- Vlasbom, R., De Vroome, E., Condoms as a means of protection against STD/AIDS. In: M. Paalman, Promoting safer sex: prevention of sexual transmissions of AIDS and other STD's. Proceedings of an international workshop organized by the STD Foundation. Amsterdam, Lisse: Swets & Zeitlinger, 1990, 217-232.

- Vogt, I., Harm reduction and low threshold projects in the social field. Presentation on the Fourth International Conference on the reduction of Drug Related Harm, Rotterdam, March 1993.

- Waldorf, D., Murphy, S., Intravenous drug use and syringe-sharing practices of call men and hustlers. In: M.A. Plant (Ed.), AIDS, drugs, and prostitution. London, New York: Tavistock/Routledge, 1990, 109-131.

- Watkins, J.D., Conway-Welch, C., Creedon, J.J., Crenshaw, T.L., De Vos, R.M., Gebble, K.M., LeeIII, B.J., Lilly, F., O'Connor, J.C., Primm, B.J., Pullen, P., Servaas, C., Walsh, .B., Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic. Submitted to the President of the United States. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1988.

- Watters, J.K., Iura, D.M., Iura, K.W., AIDS prevention and educational services to intravenous drug users through the Mid City Consortium to Combat AIDS: Administrative Report on te first six months. Unpublished report, 1986.

- Watters, J., Le partage de la seringue: recherche et prévention dans la rue. Rétrovirus, 1989(2), 3, 65-68.

- Watters, J.K., Observations on the importance of social context in HIV transmission among intravenous drug users. The Journal of Drug Issues, 1989(19), 1, 9-26.

- Watters, J.K., Cheng, Y.-T., Towards comprehensive studies of HIV in intravenous drug users: issues in treatment-based and street-based samples. In: P.I. Hartsock & S.G. Genser (Eds.), Longitudinal studies of HIV infection in intravenous drug users: methodological issues in natural history research. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 109. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1991, 63-74.

- Wechsberg, W.M., Dennis, M.L., Cavanaugh, E., Rachal, J.V., A comparison of injecting drug users reached trough outreach and methadone treatment. The Journal of Drug Issues, 1993, 23(4), 667-687.

- Weiner, B., An attributional theory of achievement, motivation and emotion. Psychological Review, 1985(92), 548-573.

- Weinstein, N.D., Unrealistic optimism about future life events. Journal of Personality and Social Psychology, 1980(39), 806-820.

- Weisberg, D.K. (Ed.), Children of the night: a study of adolescent prostitution. Lexington: Lexington Books, 1985.

- Weiss, S.H., Links between cocaine and retroviral infection. Journal of the American Medical Association, 1989, 261, 607-609.

- Wermuth, L.A., Sorensen, J.L., Franks, P., Policy implications. In: J.L. Sorensen, L.A. Wermuth, D.R. Gibson, K.-H. Choi, J.R. Guydish, S.L. Batki (Eds.), Preventing AIDS in drug users and their sexual partners. New York, London: The Guilford Press, 1991, 168-178.

- Wichelmann-Werth, B., 'Café Fix': a concept of outreach work for problematic drug users in Western Germany. Presentation on the Symposium on Outreach work. Bergen, Norway, 22-24 February 1993.

- Wiebel, W.W., Combining ethnografic and epidemiologic methods in targeted AIDS interventions: the Chicago Model. In: R.J. Battjes & R.W. Pickens (Eds.), Needle sharing among intravenous drug abusers: national and international perspectives. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 80. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1988, 137-150.

- Wiebel, W.W., La rue, terrain de recherche et terrain de prévention. Rétrovirus, 1989(2), 3, 69-73.

- Wiebel, W.W., Guydan, C., Chene, D., Cocaine injection as a predictor of HIV risk behaviors. Abstract presented at the Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, 22 June, 1990 (F.C. 767).

- Wiebel, W.W., Senay, E., Changer les comportements à haut risque chez les usagers de drogues par voie intraveineuse dans les rues de Chicago. Rétrovirus, 1991a(4), 9, 35-37.

- Wiebel, W.W., Sampling issues for natural history studies including intravenous drug abusers. In: P.I. Hartsock & S.G. Genser (Eds.), Longitudinal studies of HIV infection in intravenous drug users: methodological issues in natural history research. National Institute on Drug Abuse, Research Monograph 109. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse, 1991b.

- Wiebel, W., Lampinen, T., AIDS and intravenous drug abuse. In: M.L. Embrey & C.R. Hartel (Eds.), Drug abuse and drug abuse research. The Third Triennal Report to Congress from the Secretary, Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, 1991 (Publication No. (ADM)91-1704).

- Wiebel, W.W., Levin, L.B., The indigenous leader outreach model. Intervention Manual. Chicago: University of Illinois, School of Public Health, AIDS Outreach Demonstration Project (developed for the National Institute on Drug Abuse), May 1992.

- Wodak, A., AIDS and injecting drug use in Australia: a case study in policy development and implementation. In: J. Strang & G. Stimson (Eds.), AIDS and drug misuse. The challenge for policy and practice in the 1990s. London, NewYork: Routledge, 1990, 132-141.

- Wolk, J., Wodak, A., Morlet, A. *et al.*, Syringe HIV seroprevalence and behavioural and demographic characteristics of intravenous drug users in Sydney, Australia, 1987. AIDS, 1988(2), 5, 373.

- Wortman, C.B. & Brehm, J.W., Responses to uncontrollable outcomes: an integration of reactance theory and learned helplessness model. In: L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology. Vol. 8. New York: Academic Press, 1975, 178-236.

- Yano, E.M., Gorman, E.M., Kanouse, D.E., Berry, S.H., Abrahamse, A., The epidemiology of risk behaviour in Los Angeles: population based comparison of gay/bisexual men and the general population. Presentation on the Sixth International Conference on AIDS, San Fransisco, June 1990 (abstract SC 39).

- Zinberg, N.E. (Ed.), Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1984.

- Britain's first syringe vending machine now available. Druglink, 1991, 1, 5.

- Centers for Disease Control. HIV/AIDS Surveillance Report - United States. HIV/-AIDS program, January 1990.

- Council of Europe, Co-operation to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), Summary of the answers to the questionnaire to ascertain the approach to and level of outreach work. Strasbourg, 5 February 1993 (P-PG/Treatment (92) 1 rev 2; restricted).

- European Collaborative Study, Children born to women with HIV-1 infection. Lancet, 1991(337), 253-260.

- National Academy of Sciences, Confronting AIDS: directions for public health, health care, and research. Washington, DC: National Academic Press, 1986.

- National Institute on Drug Abuse. NIDA notes. DHHS Pub. No. (ADM) 86-1488. Washington, DC: Division of Prevention and Communications, 1986.

- Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic. Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic. 0-214-701:QL3. Washington D.C.: U.S. Governmental Printing Office, 1988.

- Syringe cleaning advice required. Druglink, 1993, 5, 4.

- Streetwise Youth, Streetwise Youth Report, 1989-1990. London: Streetwise Youth Project.

- Tips en trucs ! om klanten over te halen condooms te gebruiken. Utrecht: H.A.P. Huiskamer Aanloop Prostituées, 1990.

- W.H.O., Global Programme on AIDS (Progress Report November 8). Geneva: W.H.O., October, 4.

- W.H.O., AIDS among drug abusers in Europe. Report on a symposium. Stockholm, September 1989.

- W.H.O., Strategy for HIV/AIDS prevention and control in drug users. Copenhagen, 1991.

- W.H.O.-E.C. Collaborating Center on AIDS. Aids surveillance in Europe: Quarterly Report No. 32. Geneva: World Health Organization, 1991.

- W.H.O., AIDS among drug users in Europe. Copenhagen, 1993.

IV. BIJLAGE: Vragenlijst die werd gebruikt in het onderzoek[10]

VRAGENLIJST SAMENGESTELD UIT
DE ADDICTION SEVERITY-INDEX (ASI)
EN DE EEG-VRAGENLIJST IVM HIV-BESMETTING
BIJ INJECTERENDE DRUGGEBRUIKERS

[10] De in vet gedrukte vragen kwamen eveneens voor in de nameting.

ALGEMENE INFORMATIE

0a) Interviewcode : I_I_I_I

0b) Populatie : I_I
0 = residentiële groep
1 = straatgroep

1) Datum interview (dag, maand, jaar): I_I_I-I_I_I-I_I_I

2) Geboortedatum (dag, maand, jaar): I_I_I-I_I_I-I_I_I

3) Geslacht : I_I
0 = man
1 = vrouw

4) Burgelijke staat: I_I
0 = ongehuwd
1 = gehuwd
2 = gescheiden
3 = weduwstaat

5) Woonplaats: .... (indien bekend, cijfers postcode) I_I_I_I_I

6) Nationaliteit: I_I
0 = Belg
1 = niet-Belg, t.w. ....

7) Culturele herkomst: I_I_I
00 = autochtoon/belg
01 = overige noordwest europees
02 = mediterraan europees
03 = oost europees
04 = turks
05 = marokkaans
06 = overige arabisch/midden oosten
07 = zwart afrikaans
08 = overige afrikaans
09 = moluks
10 = indonesisch
11 = chinees
12 = overig arabisch
13 = surinaams creools
14 = surinaams hindoestaans
15 = overig surinaams
16 = antilliaans
17 = overige zuid/midden amerikaans
18 = zwart noord amerkaans
19 = overige noord amerikaans
20 = anders, t.w. ....

8) Contactadres voor followup : ....
....
....

I. LICHAMELIJKE GEZONDHEID

1. Hoe vaak ben je gedurende uw hele leven in een ziekenhuis opgenomen geweest voor lichamelijke klachten ? I__I

0 = nooit
1 = 1 keer
8 = 8 keer

2. Heb je chronische lichamelijke klachten, die je leven voortdurend beïnvloeden ? I__I

0 = neen
1 = ja Zo ja, welke ....

3. Gebruik je op regelmatige basis voorgeschreven medicijnen voor lichamelijke klachten ? I__I

0 = neen
1 = ja Zo ja, welke ....

4a. Heb je ooit geelzucht (hepatitis) gehad ? I__I

0 = neen
1 = ja

4b. Ben je seropositief ? I__I

0 = neen
1 = weet het niet (nog geen Aids-test laten doen of reeds lang geleden)
2 = seropositief
3 = Aids-patiënt

5.Ben je het afgelopen half jaar onder behandeling van een arts geweest voor lichamelijke klachten ? I__I

0 = neen
1 = ja Zo ja, welke ....

6. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je lichamelijke klachten gehad ? I__I__I

00 = geen enkele dag
01 = 1 dag
30 = 30 dagen

7. In welke mate heb je de afgelopen maand last gehad van deze lichamelijke klachten ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

8. In hoeverre is behandeling van deze lichamelijke klachten voor jou op dit moment belangrijk ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

---

9. (in te vullen door interviewer, zie ernst-schaal)
Hoe ernstig is volgens de interviewer de noodzaak van medische hulp ? I__I

II. ARBEID, OPLEIDING, INKOMEN

1. Hoeveel jaren heb je aaneengesloten volledig dagonderwijs gevolgd ? I__I__I

   01 = 1 jaar
   15 = 15 jaar

2a. Opleidingsniveau: I__I__I

00 = geen	06 = deeltijds onderwijs
01 = bijzonder onderwijs	07 = handel
02 = lagere school	08 = algemeen vormend onderwijs
03 = beroepsschool	09 = universiteit, hogeschool
04 = technische school	10 = onbekend
05 = leercontract	11 = ander, nl. ....

2b. Heb je deze opleiding met een diploma afgesloten ? I__I

0 = neen

1 = ja

3. Belangrijkste bron van inkomsten in het afgelopen half jaar: I__I__I

01 = loon	**06 = stempelen**
02 = zelfstandig	**07 = invaliditeitsuitkering**
03 = studietoelage	**08 = ziekenkas**
04 = geen eigen inkomsten	**09 = anders,nl. ....**
05 = bestaansminimum	**10 = onbekend**

4. Heb je schulden ? I__I

0 = neen

1 = ja Zo ja, hoeveel ....BF

5. Hoeveel maanden heb je ooit het langst aaneengesloten gewerkt ? I__I__I

00 = nooit gewerkt

01 = 1 maand

98 = langer dan 8 jaar

6. Hoeveel maanden ben je ooit het langst aaneengesloten werkloos geweest ? I__I__I

00 = nooit werkloos geweest

01 = 1 maand

98 = langer dan 8 jaar

7. Hoeveel weken heb je het afgelopen half jaar in de volgende categorieën gezeten ?

00 = niet

01 = 1 week

26 = 26 weken (half jaar)

- werkend, betaald soort werk .... I__I__I

- werkend, onbetaald soort werk .... I__I__I

- schoolgaand/studerend soort opleiding .... I__I__I

- militaire dienst I__I__I

- ziektewet/arbeidsongeschikt tijdens een periode waarin u werkte I__I__I

- werkloos I__I__I

- dealen I__I__I

- prostitutie I__I__I

- anders, nl. .... I__I__I

8. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je werk verricht ? I__I__I

00 = geen enkele dag

01 = 1 dag

30 = 30 dagen

9. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je problemen ervaren op het gebied van werk/werkloosheid ? I__I__I

00 = geen enkele dag

01 = 1 dag

30 = 30 dagen

10. In welke mate heb je de afgelopen maand last gehad van deze problemen ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

11. In hoeverre is hulp bij deze arbeidsproblemen voor jou op dit moment belangrijk ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

---

12. (in te vullen door interviewer, zie ernst-schaal)

Hoe ernstig is volgens de interview de noodzaak van hulp bij arbeidsproblemen ? I__I

III. ALCOHOL-EN DRUGGEBRUIK

1a. Op welke leeftijd begon je de volgende middelen regelmatig te gebruiken ?
1b. Hoeveel jaren heb je de volgende middelen regelmatig gebruikt ?
1c. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je de volgende middelen gebruikt ?

	1a. beginlft	**1b. duur**	**1c. afgel. mnd**
- heroïne(1)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- methadon (2)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- cocaïne (3)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- amfetamine (speed) (4)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- medicijnen (5)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- tripmiddelen (6)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- cannabis (7)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- alcohol, in grote hoeveelheden (8)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- andere middelen (9)	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**
- meerdere middelen op dezelfde dag	I__I__I jaar	I__I__I jaar	**I__I__I dagen**

2a. Welke twee middelen waren gedurende het afgelopen half jaar het belangrijkst ?
(Code: zie vraag 1)

2b. Op welke wijze gebruikte u deze middelen het afgelopen half jaar ?

1 = spuiten	**5 = roken**
2 = snuiven	**6 = slikken**
3 = chinezen	**7 = drinken**
4 = basen	**8 = anders, nl. ....**

	2a. belangrijkste middelen	**2b. wijze van gebruik**
- belangrijkste middel	I__I	I__I
- tweede middel	I__I	I__I

3a. Heb je ooit gespoten ? I__I

0 = neen
1 = ja, uitsluitend met eigen en schone spuiten
2 = ja, spuiten soms met één of meer anderen gedeeld
3 = ja, spuiten vaak met één of meer anderen gedeeld

3b. Hoe oud was je toen je voor het eerst spoot ? I__I__I

4a. Heb je het laatste half jaar nog gespoten ? I__I

0 = neen

1 = ja, uitsluitend met eigen en schone spuiten

2 = ja, spuiten soms met één of meer anderen gedeeld

3 = ja, spuiten vaak met één of meer anderen gedeeld

4b. Wanneer je spoot tijdens de laatste maanden, hoeveel keer spoot je dan gemiddeld per dag ? I__I

1 = 1 keer

8 = 8 keer

5. Hoeveel geld besteedde je de afgelopen maand aan:

- alcohol I__I__I__I__I__I

- drugs I__I__I__I__I__I

6. Hoeveel keer ben je de afgelopen 3 jaar clean geweest ? I__I

0 = nooit

1 = 1 keer

8 = 8 keer of meer

7. Hoeveel weken duurde de langst aaneengesloten periode dat je in de afgelopen 3 jaar clean was ? I__I__I

00 = niet clean geweest

01 = 1 week

98 = 2 jaar of langer

8.Hoeveel keer heb je een delirium gehad ? I__I

0 = nooit

1 = 1 keer

8 = 8 keer of meer

9. Hoeveel keer heb je een overdosis gehad ? I__I

0 = nooit

1 = 1 keer

8 = 8 keer of meer

10. Hoeveel keer ben je in het totaal in behandeling geweest in (één van) de volgende programma's ?

0 = nooit

1 = 1 keer

8 = 8 keer of meer

	aantal:	**naam en jaartal(len):**
- privé-behandeling	I__I keer	....
- ambulant	I__I keer	....
- methadon-programma	I__I keer	....
- PAAZ-dienst	I__I keer	....
- psychiatrisch ziekenhuis/ ontwenningskliniek	I__I keer	....
- CrisisInterventieCentrum	I__I keer	....
- Therapeutische Gemeenschap	I__I keer	....
- ander alcohol-of drugprogramma	I__I keer	....

11a. Hoeveel weken ben je naar aanleiding van (één van) deze programma's het langst clean geweest ?

00 = niet clean geweest/niet aan programma deelgenomen

01 = 1 week

98 = 2 jaar of langer

11b. Ben je in de afgelopen maand nog in behandeling geweest in (één van) deze programma's ?

0 = neen

1 = ja

	11a. aantal weken clean:		**behand afgel. mnd.**
- privé-behandeling	I__I__I weken	....	I__I
- ambulant	I__I__I weken	....	I__I
- methadon-programma	I__I__I weken	....	I__I
- PAAZ-dienst	I__I__I weken	....	I__I
- psychiatrisch ziekenhuis/ ontwenningskliniek	I__I__I weken	....	I__I
- CrisisInterventieCentrum	I__I__I weken	....	I__I
- Therapeutische Gemeenschap	I__I__I weken	....	I__I
- ander alcohol- of drugprogramma	I__I__I weken	....	I__I

12. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je gemerkt dat je problemen had met :

00 = geen enkele dag

01 = 1 dag

30 = 30 dagen

- alcohol I__I__I

- drugs I__I__I

13. In welke mate heb je de afgelopen maand last gehad van deze problemen met :

- alcohol :

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

- drugs :

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

14. In hoeverre vind je op dit moment hulp belangrijk bij deze problemen met :

- alcohol :

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

- drugs :

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

---

15. (in te vullen door interviewer; zie ernst-schaal)

Hoe ernstig is volgens de interviewer de noodzaak van hulp bij:

- alcoholproblemen I__I

- drugproblemen I__I

III(b). NAALDHYGIENE

1a. Heb je - sinds je begon te spuiten - al ooit gespoten met een naald of een spuit die iemand anders al had gebruikt ? I__I

0 = neen
1 = ja (ook al was het maar één keer)

1b. Heb je dit gedaan tijdens de afgelopen 6 maanden ? I__I

0 = neen
1 = ja

2. Wanneer je spoot tijdens de laatste 6 maanden, hoe dikwijls was dat dan met gebruikte naalden en spuiten die iemand je gaf ? I__I

0 = nooit
1 = soms (1 - 25%)
2 = ongeveer de helft van de tijd (26 - 74%)
3 = meestal (75 - 99%)
4 = altijd (100%)
8 = weet niet meer

3. Wanneer je tijdens de laatste 6 maanden naalden of spuiten gebruikte die iemand je gegeven had, hoe dikwijls reinigde je deze dan voor je hem opnieuw gebruikte ? I__I

0 = nooit
1 = soms (1 - 25%)
2 = ongeveer de helft van de tijd (26 - 74%)
3 = meestal (75 - 99%)
4 = altijd (100%)
8 = weet niet meer

(in te vullen door interviewer)
4a. Hoe reinigde je de laatste 6 maanden over het algemeen spuiten die iemand voor jou gebruikt had ? I__I
Methode: ....

Interviewer beoordeelt de efficiëntie:

0 = inefficiënte methode

1 = efficiënte methode

2 = inadequate informatie

3 = geen antwoord

4b. Wanneer de persoon altijd met een efficiënte methode zijn spuit en naald reinigt, probeer dan na te gaan of er soms ook geen inefficiënte methode gebruikt wordt. I__I

1 = altijd efficiënt

2 = soms inefficiënt

3 = inadequate informatie

IV. JUSTITIE/POLITIE

1. Is er sprake van en justitiële verwijzing ? I__I

0 = vrijwillige behandeling

1 = probatie/vrijheid onder voorwaarde

2 = voorwaardelijke invrijheidsstelling/commissie ter bescherming van de maatschappij

3 = anders

8 = niet van toepassing

2a. Hoeveel keer ben je in totaal in contact gekomen met politie en/of justitie voor:

00 = nooit

01 = 1 keer

15 = 15 keer

2b. Hoeveel weken duurde jouw langste opsluiting wegens:

00 = niet opgesloten geweest

01 = 1 week

98 = 2 jaar of langer

2c. Staat je op dit moment nog een aanklacht, rechtszaak of straf te wachten voor:

	2a. contact	2b. opsluiting	2c.
(a) Bezit of handel in illegale drugs	I__I__I keer	I__I__I weken	I__I
(b) Vermogensdelicten	I__I__I keer	I__I__I weken	I__I
(c) Geweldsdelicten	I__I__I keer	I__I__I weken	I__I
(d) Andere delicten	I__I__I keer	I__I__I weken	I__I

3. Toelichting eventuele delicten, stadium rechtsgang, welke voorwaarden zijn gesteld:

(a) ....

....

(b) ....

....

(c) ....

....

(d) ....

....

4. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je in een gevangenis of politiecel gezeten ? I__I__I

00 = geen enkele dag
01 = 1 dag
30 = 30 dagen

5. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je je beziggehouden met illegale activiteiten om aan geld te komen ? I__I__I

00 = geen enkele dag
01 = 1 dag
30 = 30 dagen

6. Hoe ernstig vind je je huidige problemen ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk ernstig	zeer ernstig

7. In hoeverre is hulp bij deze juridische problemen voor jou op dit moment belangrijk ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

---

8. (in te vullen door interviewer, zie ernst-schaal)
Hoe ernstig is volgens de interviewer de noodzaak van hulp bij juridische problemen ? I__I

V. SOCIALE RELATIES

1. Wat was over het algemeen jouw leefsituatie in het afgelopen half jaar ? I__I

0 = alleenstaand
1 = met partner
2 = met partner en kind(eren)
3 = met kind(eren)
4 = met ouder(s)
5 = in een gecontroleerde omgeving, nl.......
6 = in sterk wisselend omgeving
7 = anders,nl. ....

2. Hoeveel maanden heb je in deze categorie gezeten ? I__I__I

01 = 1 maand
15 = 15 maanden
98 = 8 jaar of langer

3. Ben je tevreden met de genoemde leefsituatie ? I__I

0 = neen
1 = enigszins
2 = ja

4. Heb je het afgelopen half jaar contact gehad met jouw ouders ? I__I

1 = woont bij ouders
2 = 1 keer per week of vaker
3 = 1 keer per maand of vaker
4 = minder dan 1 keer per maand
5 = geen contact
6 = niet van toepassing (bv. ouders overleden)

5. Hoe zou je het contact met jouw ouders omschrijven ? I__I

0 = slecht of geen contact
1 = redelijk
2 = goed
3 = niet van toepassing

6. Ben je tevreden met de manier waarop je je vrije tijd besteedt ? I__I

0 = neen
1 = enigszins
2 = ja

7. Hoeveel echte, goede vrienden heb je ? I__I

0 = geen vrienden
1 = 1 vriend
8 = 8 vrienden

8a. Zijn er ooit in jouw leven belangrijke periodes geweest waarin je ernstige problemen had met:

0 = neen
1 = ja, in contact met persoon
2 = ja, door ontbreken van contact met persoon

8b. Zijn er de afgelopen maand belangrijke periodes geweest waarin je ernstige prolemen had met:

0 = neen
1 = ja, in contact met persoon
2 = ja, door ontbreken van contact met persoon

	8a. ooit in uw leven	8b. afgelopen maand
- ouder(s), broer(s) of zuster(s)	I__I	I__I
- partner of echtgeno(o)t(e)	I__I	I__I
- Echte, goede vrienden	I__I	I__I
- Belangrijke anderen	I__I	I__I

9. In welke mate heb je de afgelopen maand last gehad van deze problemen:
- met jouw familie/partner:

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

- in de sociale omgang:

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

10. In hoeverre vind je op dit moment hulp belangrijk bij deze problemen ?
- met jouw familie/partner:

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

- in de sociale omgang:

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

---

11. (in te vullen door interviewer, zie ernst-schaal)
Hoe ernstig is volgens de interviewer de noodzaak van hulp bij sociale problemen ? I__I

Vb. SEKSUALITEIT

N.B. vaste partner = seksuele partner gedurende minstens 3 maanden
losse partner = seksuele partner gedurende minder dan 3 maanden

Vraag 1a tot en met 1c moeten gesteld worden voor partners van hetzelfde en van het andere geslacht:

1a. <u>Voor partners van het andere geslacht</u>: met hoeveel vaste/losse partners/klanten had u tijdens de laatste 6 maanden vaginal of anaal contact ?

Voor partners van hetzelfde geslacht: ***met hoeveel vaste/lossepartners/klanten had u tijdens de laatste 6 maanden anaal contact ?***

1b. Hoeveel van hen spoten drugs ?

00 = niemand

01 = 1 iemand

05 = 5 partners

98 = weet het niet (meer) maar ten minste één

99 = weet het niet (meer)

1c. Hoe vaak gebruikte je condooms tijdens de laatste 6 maanden wanneer je seksueel contact had met jouw vaste/losse partner/klant ?

Partners van het andere geslacht:

	vaste partners	*losse partners*	*klanten*
1a			
1b			
1c			

Partners van hetzelfde geslacht:

	vaste partners	*losse partners*	*klanten*
1a			
1b			
1c			

VI. PSYCHISCHE,EMOTIONELE KLACHTEN

1. Hoeveel keer ben je in totaal in behandeling geweest voor psychische of emotionele klachten ? I__I

0 = nooit
1 = 1 keer
8 = 8 keer

2. Was er ooit sprake van opname in een psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ ? I__I

0 = neen
1 = ja **Zo ja, welk ziekenhuis, jaartal en duur ....**
...

3. Zijn er belangrijke gebeurtenissen in jouw leven geweest waar je in psychisch opzicht nog steeds veel last van ondervindt ? I__I

0 = neen
1 = ja **Zo ja, toelichten ....**

4a. Heb je ooit in uw leven een periode gehad, waarin je:

0 = neen
1 = ja

4b. Heb je de afgelopen maand een periode gehad, waarin je:

0 = neen
1 = ja

	3a. ooit	**afg. mnd**
- je langere tijd erg depressief voelde	I__I	I__I
- je langere tijd erg gespannen of angstig voelde	I__I	I__I
- je langere tijd moeilijk kon concentreren/dingen herinneren	I__I	I__I
- hallucinaties ervaarde	I__I	I__I
- moeite had om je agressie onder controle te houden	I__I	I__I
- serieuze zelfmoordgedachten had	I__I	I__I
- een zelfmoordpoging deed	I__I	I__I
- medicijnen voorgeschreven kreeg voor psychische klachten	I__I	I__I

5. Hoeveel dagen van de afgelopen maand heb je deze psychische of emotionele klachten gehad ? I__I__I

00 = geen enkele dag

01 = 1 dag

30 = 30 dagen

6. In welke mate heb je de afgelopen maand last gehad van deze psychische problemen ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

7. In hoeverre is hulp bij deze psychische problemen voor jou op dit moment belangrijk ?

0	1	2	3	4
( )	( )	( )	( )	( )
helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	erg veel

---

8. (in te vullen door interviewer)

Op het moment van dit interview is/heeft de geïnterviewde duidelijk:

0 = neen

1 = ja

- **teruggetrokken /depressief** I__I
- **vijandig/heeft een vijandige houding** I__I
- **gespannen/angstig** I__I
- **problemen met realiteitsbesef/paranoïde gedachten, denkstoornissen** I__I
- **moeite met dingen begrijpen/concentratie/geheugen** I__I
- **suïcidale gedachten** I__I

---

9. (in te vullen door interviewer)

Hoe ernstig is volgens de interviewer de noodzaak van hulp bij psychische problemen ? I__I

OVERZICHT SCORES:

	probleemgebied:	score interviewer:
I.	Lichamelijke gezondheid	I__I
II.	Arbeid, opleiding, inkomen	I__I
IIIa.	Alcoholgebruik	I__I
IIIb.	Druggebruik	I__I
IV.	Justitie, politie	I__I
V.	Sociale relaties	I__I
VI.	Psychische, emotionele klachten	I__I